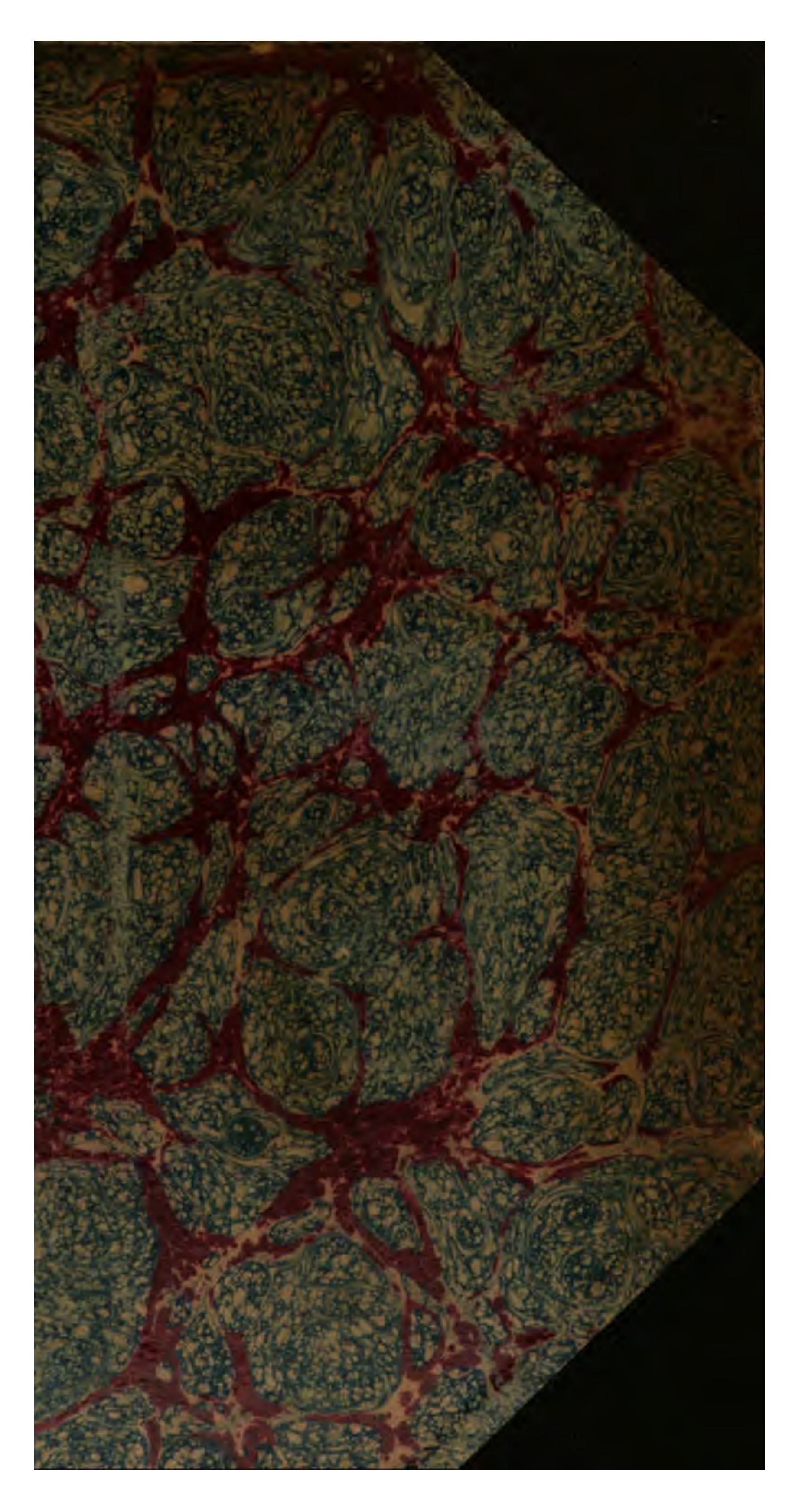


ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XLVI

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements..............	20	—
Pour l'Europe......................	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23	—
Pour les autres parties du monde...	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 67, rue de Rome, pour la partie gynécologique; à M. le Dr VARNIER, 10, rue Danton, pour la partie obstétricale, ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET H. HARTMANN

—

TOME XLVI

Contenant des travaux de

AUDEBERT, BONNET, DELAGÉNIÈRE (H.), DELBET, DOLÉRIS, DUMITRESCU, EDEBOHLS, HARTMANN (H.), HERRGOTT, HOWITZ, LABOYENNE, MATHIAS-DUVAL, NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH, NÉLATON, PINARD, RENDU, REYNIER (P.), RICHETOT, SÉE (M.), STAPFER.

1896

(2me SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

—

1896



ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1896

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ÉTATS SYNCOPAUX

Par le Dr **Stapfer.**

Mon intention est de reviser dans ce travail, par l'observation et l'expérience, nos idées actuelles sur les états syncopaux, que je considère comme erronées ou plutôt comme incomplètes.

Les états syncopaux sont représentés par la syncope et la lipothymie qui, pour beaucoup d'auteurs, ne seraient qu'une seule et même chose. Pour d'autres, la lipothymie serait le prélude de la syncope. Il n'y aurait entre elles qu'une différence de degré.

Littré définit la syncope de la façon suivante : « Suspension subite et momentanée de l'action du cœur avec interruption de la respiration, des sensations et des mouvements volontaires. » « Le cœur, dit-il, *cesse de se contracter assez énergiquement* et le sang n'arrivant plus au cerveau, l'action de ce dernier s'anéantit faute de son excitant naturel, et les sensations, la locomotion, la voix qui sont, ainsi que la respiration, sous la dépendance immédiate de l'encéphale, se trouvent interrompues. »

L'opinion exprimée par Littré est générale. La syncope et la lipothymie sont pour la grande majorité des médecins

la conséquence de l'arrêt ou du ralentissement des battements cardiaques, et, dans l'article de M. Bertin-Sans du *Dictionnaire Encyclopédique,* qui embrasse d'un large coup d'œil les idées rétrospectives et actuelles sur le sujet, je relève les expressions : « défaillance, akinésie, inertie, parésie, paralysie du cœur, asystolie : gêne et arrêt de la systole ; entrave à la contraction ; tendance à la formation de caillots cardiaques » ; et cette phrase : « chaque fois qu'on peut reconnaître l'état du cœur pendant la syncope on constate l'arrêt en diastole ».

Cette idée de la paralysie cardiaque est si solidement ancrée dans l'esprit de l'auteur que, pour lui, la syncope par hémorrhagie, survient sous l'influence d'une action nerveuse paralysante « bien que la déplétion vasculaire excite la contraction cardiaque ».

Comment ! le cœur se paralyse lors même que sa contraction est excitée ? Singulier exemple de ces contradictions flagrantes que les esprits ingénieux et diserts acceptent sans sourciller, par la force des préjugés et de l'instruction emmagasinée. Et, sur quoi est fondée l'affirmation de l'arrêt en diastole, « chaque fois qu'on a pu reconnaître l'état du cœur ? » Est-ce qu'on a *vu* le cœur d'un homme syncopé par hémorrhagie ? Non. On a conclu de l'absence des pulsations radiales à l'arrêt du cours du sang et partant à celui du cœur. Eh bien ! saignez un animal ; vous verrez le cœur se contracter, comme le dit M. Bertin-Sans, mais en règle vous ne le verrez à aucun moment s'arrêter en diastole. Cependant l'animal perdra par instant la sensibilité, le mouvement et son pouls deviendra imperceptible, ce qui représente, je crois, les signes de la syncope : celle-ci n'implique donc pas nécessairement l'arrêt en diastole et cependant personne, que je sache, n'a saisi l'occasion de cette expérience courante pour passer au crible la théorie contemporaine et classique de l'arrêt en diastole née de la découverte des nerfs d'arrêt, et indifféremment appliquée à tous les états syncopaux.

DIFFÉRENCIATION DES ÉTATS SYNCOPAUX

Je conclus d'une centaine d'expériences faites sur les animaux, et dont les phénomènes ont été constants, que les états syncopaux comprennent deux variétés dans lesquelles l'état du cœur diffère du tout au tout.

La circulation cardiaque se comporte inversement. Dans la première variété le cœur s'arrête ou tend à s'arrêter en diastole, dans la seconde il s'arrête ou menace de s'arrêter, en systole.

La variété diastolique est assez rare comparée à la variété systolique. On ne la produit pas par voie expérimentale indirecte à volonté, mais seulement chez certains animaux peut-être prédisposés. On voit le cœur s'arrêter brusquement en diastole, gonflé de sang.

La variété systolique est très fréquente comparée à la variété diastolique, on la produit expérimentalement à volonté. Quand l'animal meurt, le cœur est contracté et vide. L'arrêt en systole ne survient pas avec la soudaineté de l'arrêt en diastole. Il est le dernier terme d'une série de systoles de plus en plus énergiques, d'une angoisse du cœur privé de sang, d'une sorte de tétanisation qui rend ses battements difficilement perceptibles ou imperceptibles et se traduit au niveau de la radiale par le pouls filiforme ou par l'absence de pouls.

PRODUCTION EXPÉRIMENTALE DE LA VARIÉTÉ DIASTOLIQUE

Fixez sur une planchette une grenouille, mettez son cœur à nu en évitant toute hémorrhagie. Tapotez le ventre avec une spatule, comme le faisait Goltz, et *quelquefois* vous verrez le cœur gorgé de sang s'arrêter en diastole.

Le physiologiste allemand, dans son célèbre mémoire, a prétendu que le fait était constant ; ce qui n'est pas exact. Goltz a vu mais confondu deux phénomènes différents, l'arrêt en diastole et la tendance à l'arrêt en systole.

Sur 70 grenouilles, l'arrêt en diastole a été constaté par Romano et moi sept ou huit fois. Il est donc spécial à certains animaux. Cette prédisposition est d'autant plus probable que, d'ordinaire, le phénomène est renouvelable à volonté sur une même grenouille.

La force des coups n'a aucune importance. Une compression même légère suffit à la rigueur. Il est rare qu'une grenouille dont le cœur ne s'est pas arrêté en diastole dès la première expérience, offre ce phénomène dans les expériences consécutives. Ces cœurs prédisposés nous ont paru relativement plus gros que ceux des autres animaux et ont conservé cet excès de volume relatif jusqu'à la mort par dessiccation.

Pendant l'arrêt, l'animal est insensible, flasque, et ne respire pas. La circulation périphérique n'a pas été examinée, mais, logiquement et à en juger par d'autres expériences relatées plus loin, la circulation doit être plus ou moins suspendue et les globules arrêtés, ralentis, ou en oscillation lente.

Les grenouilles chloroformées ont présenté le ralentissement spontané du cœur, fait curieux qui prendra une importance capitale lorsque je parlerai du traitement des états syncopaux.

Si nous n'avons pu, contrairement aux assèrtions de Goltz, produire la variété syncopale diastolique que sur un petit nombre de grenouilles, nous n'avons jamais pu, par son procédé, la produire sur les animaux à sang chaud, mais le chloroforme entraîne chez eux l'engorgement et le ralentissement cardiaque, qui aboutissent à l'arrêt en diastole.

De tout cela je conclus que l'arrêt en diastole existe et il est évident que cette parésie puis cette paralysie du cœur, inhibition, pour me servir de l'expression de Brown-Séquard, doit se produire spontanément, sous certaines conditions, dans les différentes espèces, y compris l'espèce humaine, sous peine de mettre en doute des relations d'autopsie peu discutables.

Il importe au plus haut degré de différencier cliniquement et expérimentalement la variété syncopale diastolique, ou variété classique, de la variété systolique que personne, je le suppose, n'a décrite, que je crois plus fréquente ou au moins aussi fréquente et dont je vais parler.

PRODUCTION EXPÉRIMENTALE DE LA VARIÉTÉ SYSTOLIQUE

Rien n'est plus facile à produire que la variété systolique des états syncopaux, sur n'importe quel animal, en le plaçant dans les conditions de l'effusion du sang, ou de la paralysie subite d'un territoire étendu de la circulation, particulièrement de la circulation abdominale. Cette paralysie entraîne une sorte d'hémorrhagie intra-vasculaire, par inondation de ce territoire vers lequel tout le sang de l'animal est drainé.

Reprenons les animaux à sang froid. Frappez le ventre d'une grenouille avec une spatule (procédé de Goltz), vous constaterez que, neuf fois sur dix environ, loin de se dilater et de s'arrêter en diastole, le cœur se contracte d'emblée, contrairement à l'opinion du célèbre physiologiste. Frappez avec continuité et une vigueur relative à la petitesse de l'animal, et vous verrez — ce que Goltz a par contre bien vu — la diminution du cœur s'accentuer graduellement. Elle atteindra le maximum si vos coups persistent. C'est à peine si votre œil parviendra à saisir les battements de ce cœur, petit, plissé, ratatiné, pâle, pendant l'opération. Quand vous la cesserez, les battements deviendront perceptibles, la diastole un peu plus ample, mais si le tapotement a été énergique, prolongé et exercé avec continuité, le cœur restera petit et anémié.

Ouvrez alors la cavité abdominale et vous trouverez les viscères injectés et ecchymotiques. Le phénomène acquerra le maximum d'évidence, si vous opérez sur des femelles et dans les premiers jours de février à l'époque où l'oviducte complètement développé emplit la cavité splanchnique. Cette

injection et ces ecchymoses expliquent l'anémie cardiaque. Le sang de l'animal s'est accumulé dans les vaisseaux mésentériques paralysés. Il a cessé de parvenir au cœur. Les membres de leur côté n'en contiennent pour ainsi dire plus, et, en observant au microscope les capillaires interdigitaux pendant le tapotement, vous aurez constaté leur contraction aussi énergique que celle de l'organe central.

Or, ces animaux offrent nettement par intervalles les apparences de la syncope, flaccidité, insensibilité, arrêt de la respiration, disparition du pouls, puisque la circulation s'arrête à la périphérie. Cependant, à aucun moment, le cœur ne défaille. Il se contracte. D'où je conclus qu'il existe une seconde variété d'état syncopal qui est caractérisée non par l'arrêt en diastole mais par l'arrêt ou la tendance à s'arrêter en systole. Je conclus encore de cette expérience que cette variété d'état syncopal a une origine mécanique et dépend soit de l'effusion de sang, soit de la paralysie de la circulation mésentérique entraînant la stase circulatoire.

Sur les animaux à sang chaud vous reproduirez les mêmes phénomènes en les saignant ou en déterminant ce que j'appelle hémorrhagie intra-vasculaire, c'est-à-dire l'inondation du territoire sanguin de l'abdomen. Cette inondation est la conséquence de la parésie et surtout de la paralysie des nerfs splanchniques.

La simple exposition à l'air des viscères d'un chien laparotomisé, produit peu à peu une congestion, qui finit par entraîner la diminution du cœur; il en est de même des coups sur le ventre, moyen qui exige d'autant plus de brutalité que l'animal est plus gros; mais le procédé radical est la section des filets nerveux, parce qu'elle détermine la paralysie complète du territoire mésentérique.

Eh bien! sur les animaux ainsi placés dans les conditions qui produisent à coup sûr l'état syncopal, à aucun moment le cœur ne s'est arrêté en diastole. Jamais il ne s'est gonflé; au contraire, il a constamment diminué. Jamais il n'a défailli; au contraire il se contractait.

Donc, à côté de la variété syncopale classique caractérisée par l'arrêt ou la tendance à l'arrêt en diastole, il existe une autre variété que caractérise l'arrêt ou la tendance à l'arrêt en systole.

J'ai dit que cette seconde variété était probablement plus fréquente que la première, parce que ni l'effusion de sang, ni la parésie ou la paralysie de la circulation abdominale ne me semblent rares.

Or j'assimile complètement aux effusions ou hémorrhagies proprement dites cette vaso-dilatation locale, par laquelle les vaisseaux mésentériques distendus se changent en rivières immobiles où le sang s'accumule comme en un lac sans courant.

L'existence d'une variété syncopale systolique, conséquence de l'effusion du sang ou de ce que j'ai appelé hémorrhagie intra-vasculaire, donne peut-être la clef de phénomènes pathologiques discutés tels que les collapsus par contusion violente du ventre sans ecchymoses cutanées et certaines formes du shok opératoire. La défiance qu'inspire aux chirurgiens l'exposition prolongée, la manipulation des viscères et les variations atmosphériques pendant les laparotomies, le soin qu'on prend d'éviter l'évacuation brusque des épanchements abondants, sont nés de l'observation d'accidents divers, qu'on a déjà expliqués par un défaut d'équilibre dans la pression sanguine. Nos expériences démontrent le bien fondé de cette hypothèse et engagent à rechercher d'une part dans les autopsies, la paralysie d'un territoire vasculaire, en particulier du territoire mésentérique, et plus souvent que la défaillance, la vacuité concomitante du cœur frappé de mort, en pleine lutte, en systole énergique comme dans les hémorrhagies ; d'autre part, à distinguer en clinique, le pouls ralenti ou brusquement suspendu, spécial à la variété diastolique du pouls qui file en queue de rat et disparaît, spécial à la variété systolique.

Je me suis demandé devant la Société de biologie, si

les collapsus mortels survenant parfois à la suite de bains pris en pleine digestion d'un repas copieux, et attribués à la congestion cérébrale, ne devraient pas être mis au compte de la paralysie circulatoire de l'abdomen. On pourrait multiplier ces hypothèses que l'autopsie trancherait; mais ce sont surtout les états syncopaux de la grossesse et de la délivrance survenant sans effusion de sang ni interne ni externe qui me semblent attribuables à la paralysie ou à la parésie de la circulation abdominale entraînant l'anémie cardiaque.

Je ne vois pas quelle explication plus raisonnable on en pourrait donner, et ce que je vais dire au sujet des états syncopaux de la femme accouchée et gravide expliquera comment j'ai été amené à cette façon de voir et justifiera le traitement que je propose dans les cas où le cœur s'arrête ou menace de s'arrêter en systole.

Depuis six ans environ, j'ai supprimé les hémorrhagies et les états syncopaux post partum dans ma clientèle, et aujourd'hui je suis convaincu que je n'ai pas dû au simple hasard ce résultat. Voici comment je m'y prenais : aussitôt après l'expulsion de l'enfant, je m'installais près de l'accouchée et je malaxais doucement le fond de l'utérus et la région sus-jacente, sans comprimer ce fond, m'arrêtant dès qu'il durcissait, reprenant quand il devenait mou. Pratique de matrone aussi ancienne que le jeu de l'oie. Un jour, j'assistai une femme que j'avais déjà accouchée trois fois. A chaque délivrance, elle avait eu une formidable hémorrhagie accompagnée d'état syncopal. Occasion sans pareille de constater l'efficacité de la méthode.

Aussi, à peine les pieds de l'enfant étaient hors de la vulve, je portai la main sur le fond de l'utérus dont le volume et la consistance étaient normaux. Je cessai de déprimer la paroi abdominale, sans retirer la main prête à tout événement. Un peu plus tard, je procédai à la délivrance naturelle, et aussitôt après la femme entrait en syncope.

Je tâtai précipitamment l'utérus ; il était bien contracté. Je

retirai la main pour procéder à l'examen de la vulve. Une quantité médiocre, absolument normale, de sang s'écoulait. Ce sang venait de la profondeur et nullement d'un vaisseau rompu à l'orifice vulvo-vaginal. Cependant la femme, qui était sortie de cette première et passagère syncope, défaillait une seconde fois. Nouvelle palpation, utérus de volume normal. Nouvel examen de la vulve. Certainement la quantité de sang était trop insignifiante pour qu'un vaisseau de la profondeur eût été rompu. La femme, très promptement et incomplètement revenue de la seconde syncope, défaillait une troisième fois. Alors dans la conviction où j'étais qu'un caillot s'était formé dans l'utérus et que l'état syncopal cesserait après expulsion de ce caillot, je me tins prêt à introduire la main dans les voies génitales, et, en attendant, je malaxai de nouveau, sans force, l'abdomen au-dessus du fond de l'utérus que je sentais durcir par intervalle. L'état syncopal cessa et aucun caillot ne fut expulsé. Je ne comprenais rien à ce qui s'était passé.

Quelque temps après, j'étais témoin d'un fait à peu près semblable, mais auquel j'attachai moins d'importance parce que je l'avais fréquemment constaté : l'utérus sans être gros, ne se contractait pas franchement et il y avait un petit caillot. D'une main je malaxais doucement l'abdomen au-dessus du fond utérin, de l'autre je tenais le pouls, qui disparaissait, puis remontait, puis disparaissait encore.

Le caillot expulsé, je le regardai et fis cette réflexion que j'avais déjà faite bien des fois en pareille circonstance : « Comment un caillot moins gros qu'un petit poing peut-il créer un état syncopal aussi tenace, alors que d'autres femmes perdent deux et trois fois plus de sang et n'éprouvent aucun malaise !

La quantité du liquide en circulation, la neurasthénie, le nervosisme, me semblaient de trop vagues explications.

Nos expériences m'en ont fourni une autre qui a, je crois plus de valeur, ou qui les complète en tous cas.

Mes premières idées à ce sujet datent du jour où j'ai cons-

taté, avec Romano, que la vaso-dilatation de l'oviducte des grenouilles a pour conséquence l'anémie cardiaque. Je me disais que cette vaso-dilatation pouvait bien avoir les effets d'une hémorrhagie, car je voyais que la grenouille sans respiration et flasque était syncopée; mais quand je regardais le cœur je n'y découvrais pas trace de ce que les auteurs appellent syncope. Il était contracté et non dilaté.

Ce n'est que plus tard, en multipliant les expériences, en constatant que, pendant cet état de vacuité cardiaque les vaisseaux étaient contractés, puis la circulation suspendue à la périphérie du corps comme le pouls file, puis disparait chez certaines syncopées, que j'ai admis l'existence d'une variété d'état syncopal non décrite, encore, la variété systolique ou à tendance systolique.

Si donc les femmes qui perdaient si peu de sang étaient syncopées, c'est probablement qu'un territoire vasculaire plus ou moins étendu de la circulation abdominale était parésié. C'est ainsi que je me suis expliqué et que j'explique les états syncopaux de la délivrance dans lesquels l'hémorrhagie est nulle ou peu abondante.

D'autres expériences m'ont fait comprendre du même coup comment mes malaxations, outre leur efficacité connue pour faire contracter l'utérus, en avaient une autre non moins remarquable. Ces massages faisaient contracter les vaisseaux parésiés et, envoyant au cœur le sang qui lui manquait, prévenaient ou supprimaient l'état syncopal.

Nos expériences démontrent, en effet, que le massage abdominal méthodique a une action élective dynamogénique sur la circulation : accroissement de la systole et de la diastole cardio-vasculaire, de la systole pendant le massage, de la diastole pendant les pauses, à condition que la circulation mésentérique ne soit pas totalement paralysée, ce qui arrive quand on sectionne les splanchniques.

En pareil cas, les effets dynamogéniques cessent. Alors, pour alimenter le cœur, on est réduit à lever le train postérieur de l'animal. Je ne suppose pas que, dans les états syn-

copaux de la délivrance dont le mécanisme est celui que je viens d'indiquer, la paralysie de la circulation abdominale soit complète. Elle est limitée à un territoire vasculaire plus ou moins étendu et tout se borne à une parésie plus ou moins durable mais suffisante pour vider et anémier le cœur par contre-coup. De là, les bienfaits du massage.

Si cette théorie me semble jeter quelque lumière sur les états syncopaux de la délivrance, elle éclaire de même, à mon avis, ceux de la grossesse. Sans doute, il m'est impossible d'en fournir la preuve directe, pas plus que pour les états syncopaux de la délivrance, mais, je sais expérimentalement quels sont les effets dynamogéniques du massage. Je sais surtout que cet accident a ses moments d'élection, ceux des poussées congestives abdominales, chères aux anciens et à moi-même parce que j'ai constaté leur grande fréquence et leur périodicité chez les femmes, surtout quand elles sont génitalement atteintes. Je ne risque donc pas grand'chose en admettant que la variété systolique des états syncopaux de la grossesse a pour origine une vaso-dilatation locale et brusque entraînant l'anémie instantanée et passagère du cœur.

Voici comment je procède pendant la délivrance : je ne m'éloigne pas un instant de l'accouchée et, dès que l'enfant est expulsé, je tiens sous surveillance l'utérus. J'engage ma main entre le fond de cet organe et la base de la cage thoracique. De temps en temps, je soulève la main, puis je l'engage de nouveau, ce qui constitue un massage par compression brève, légère, entrecoupé de pauses : une sorte de palpation douce et intermittente.

J'y ajoute quelques frictions circulaires, également brèves, légères et entrecoupées de pauses, sur le fond de l'utérus et au-dessus de lui sur le paquet viscéral. Ces manœuvres précèdent, accompagnent et suivent la délivrance naturelle, et même l'artificielle, car le fait seul de tenir dans sa main le fond de l'utérus suivant le précepte classique, pendant cette opération, implique le massage de ce fond et de l'intestin ambiant : on doit éviter les compressions fortes et

surtout continues. Tout cela est fort simple, empiriquement connu et apprécié depuis l'antiquité, et je ne fais que le rajeunir par l'analyse et l'interprétation nouvelles, où m'a conduit la méthode expérimentale. Le massage des vieilles matrones n'a pas pour unique effet de provoquer la contraction de la fibre utérine; il provoque encore celle des vaisseaux mésentériques, et envoie le sang au cœur dont il stimule et rythme les élans.

Pour les états syncopaux de la grossesse, ce sont les frictions circulaires légères, entrecoupées de pauses et pratiquées sur l'épigastre, que je conseille.

Il est rare que le médecin soit témoin de pareils états. Une fois seulement le hasard m'en a fourni l'occasion; je ne me suis pas contenté de la friction épigastrique, quoiqu'elle ait suffi pour soustraire promptement la femme à une lipothymie, d'où on avait d'ordinaire peine à la tirer. J'ai rendu à l'utérus sa mobilité, momentanément perdue, au moyen d'un léger massage exécuté sur ses flancs le long des ligaments larges. Le lendemain, je constatai que l'utérus était de nouveau immobilisé et le ventre dur, ce qui, joint aux malaises éprouvés par cette femme, enceinte de sept mois et dem environ, me fit redouter un accouchement prématuré. En conséquence, je tentai, malgré le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse, de pratiquer l'élévation de cet organe. Après cette opération, accompagnée de très douces vibrations que les deux mains exécutaient, la femme éprouva le soulagement immédiat que j'ai constaté nombre de fois. Cependant je n'osai pas, à cause du milieu où je me trouvais, instituer le traitement kinésique intermittent, qui m'a donné plusieurs succès sur les femmes gravides sujettes aux poussées congestives périodiques. Quinze jours s'écoulèrent sans retour des accidents; puis ils reparurent, la lipothymie exceptée, et l'accouchement eut lieu.

Telles sont mes idées, sur les états syncopaux de la délivrance et de la grossesse. Tel est le traitement que je préconise pour leur variété systolique.

En effet, tandis que j'ai toujours vu le massage abdominal réussir dans cette variété, jusqu'à ressusciter le cœur d'animaux dont l'oreillette seule battait encore, je l'ai toujours vu échouer dans la variété diastolique. Par une contradiction inexplicable, ce ne sont plus les nerfs accélérateurs cardiaques qui sont influencés, mais les pneumogastriques. On multiplie les arrêts au lieu de les supprimer.

Il y a donc lieu, avant de pratiquer le massage, de diagnostiquer la variété à laquelle on a affaire, par l'état du pouls qui se comporte différemment dans les deux cas, à l'image du cœur.

De l'ensemble des faits constatés, je me crois autorisé à conclure :

1° Qu'il existe deux variétés d'états syncopaux, l'une caractérisée par l'arrêt ou la tendance à l'arrêt en diastole, l'autre par l'arrêt ou la tendance à l'arrêt en systole ;

2° La variété diastolique semble individuelle, idiosyncrasique, déterminée par certains états morbides ou par des poisons tels que le chloroforme ;

3° La variété systolique est produite par les effusions de sang ou par la paralysie d'un territoire vasculaire, particulièrement du territoire mésentérique, qui, par ses effets, mérite le nom d'hémorrhagie intra-vasculaire. Les états syncopaux de la délivrance et de la grossesse, survenant sans effusion de sang, paraissent dus à un phénomène de cette nature ;

4° Le massage méthodique du paquet viscéral, grâce à son influence élective dynamogénique sur l'appareil cardio-vasculaire, a le pouvoir de prévenir ou de faire disparaître les états syncopaux de cette catégorie, à condition que la paralysie ne soit pas complète ;

5° Cette influence dynamogénique a semblé nulle ou amoindrie dans les états syncopaux de la catégorie inverse ;

6° Les malaxations abdominales, employées depuis longtemps par les accoucheurs, n'ont pas pour unique effet de provoquer la contraction de la fibre utérine ; elles provoquent

encore celle des vaisseaux mésentériques, elles alimentent le cœur et tout l'arbre circulatoire, dont elles stimulent et rythment les élans, quand leur emploi est méthodique.

ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME

Par le Dr Marcel Sée, ancien interne des hôpitaux (1).

Si la notion de la blennorrhagie masculine a toujours apparu assez claire et liée à celle d'uréthrite, la blennorrhagie de la femme n'a pas été aussi nettement précisée au premier abord. Les écoulements génitaux de la femme sont trop variés pour pouvoir être tous confondus et déclarés vénériens ; il a donc bien fallu que la notion de virulence et de contagion entrât en ligne de compte dans la définition. Mais comme d'autre part certaines femmes se trouvent être contagieuses sans présenter de symptômes éclatants d'inflammation génitale, on était arrivé à l'idée de la femme donnant ce qu'elle n'a pas, de la blennorrhagie naissant spontanément chez l'homme.

Avec nos idées actuelles, nous sommes portés à définir les maladies par leur cause ; dans l'espèce, à définir la blennorrhagie par le gonocoque.

Nous rechercherons donc quelle est la valeur pathogénique du gonocoque dans les manifestations primitives de la blennorrhagie chez la femme. Il convient auparavant, de dire quelques mots des microbes qui peuplent, à l'état normal, les organes génitaux. Notre tâche s'en trouvera allégée par la suite.

A. — Microbes des organes génitaux de la femme

Depuis les travaux de Bumm et Winter (2), de Straus et

(1) Bumm et Winter. *Zeitschrift f. Geburtshlf. u. Gynæk.*, 1888.
(2) Cette étude fait partie d'un travail général intitulé : *Le gonocoque*.

Sanchez Toledo (1), on sait que la partie supérieure des organes génitaux, cavité utérine et trompes, est stérile à l'état normal; que leur partie inférieure, au contraire, vagin et vulve, contient une infinité de microbes. Pour Winter, le col est normalement infecté, et la limite des deux régions est marquée à peu près par l'orifice interne, que les microbes dépassent même quelquefois. Il a trouvé dans la région inférieure vingt-sept espèces, à savoir divers bacilles, des cocci (*staphylococcus albus* dans plus de la moitié des cas, *staphylococcus aureus* et *citreus*, sarcine blanche, etc., enfin trois espèces semblant nouvelles). Les inoculations faites sur les animaux restèrent négatives ; les germes sont donc dans un état de virulence atténuée.

M. Péraire (2) (1889) est arrivé à des résultats un peu différents en ce qui concerne la hauteur à laquelle remontent les microbes. Sur le vivant comme sur une pièce chirurgicale, il a toujours trouvé que l'utérus, lorsqu'il est sain, est aseptique. Strogonoff (3) croit aussi que le col utérin, en dehors de la puerpéralité, est aseptique. Il prête même au mucus cervical des propriétés bactéricides. Tous deux ont trouvé le nombre des microbes, dans la zone infectée, beaucoup plus considérable pendant les périodes menstruelles, fait bien connu aujourd'hui.

D'après Strogonoff, le vagin des petites filles, à la naissance, serait stérile ; les microbes s'y installeraient peu à peu. Ils n'apparaîtraient pas avant douze heures, d'après Wahle (4).

L'utérus des femmes enceintes est aussi aseptique. Döderlein (5), raclant avec un instrument stérilisé l'utérus

(1) STRAUS et SANCHEZ TOLEDO. *Soc. de Biolog.*, 14 avril, et *Annales de l'Institut Pasteur*, août 1888, t. II, p. 128.

(2) M. PÉRAIRE. *Des endométrites infectieuses*. Th. de Paris, 1889.

(3) STROGONOFF. *Wratsch* , 1893.

(4) WAHLE. Das bakteriologische Verhalten des Scheidensekretes Neugeborener. *Zeitschrift f. Geburtshlf. und Gynæk.*, 1895, t. XXXII, p. 368-393.

(5) DÖDERLEIN. Untersuchungen über das Vorkommen von Spaltpilzen in der Lochien, etc. *Arch. f. Gynæk.*, 1887, t. XXXI, p. 412.

de femmes récemment et normalement accouchées, n'y avait jamais trouvé de micro-organismes. Pourtant on trouve des microbes dans les lochies ; lui-même, lorsqu'elles étaient profuses, y a trouvé des streptocoques et des staphylocoques en abondance. Mais ces microbes sont ramassés dans le vagin et ne proviennent pas de l'utérus. Le vagin des femmes enceintes contient relativement peu de germes quand sa sécrétion est normale et acide, mais au contraire un nombre énorme lorsqu'elle est purulente, alcaline ou neutre. Les espèces sont très variées : sarcines, levûres, coli-bacille, bâtonnets, diplocoques liquéfiants, staphylocoques et parfois streptocoques ; contrairement à Winter et aussi à Widal, Döderlein a rencontré des streptocoques pathogènes.

Krönig (1) attribue à l'acidité vaginale la non virulence du streptocoque.

Nous ne pouvons avoir la prétention de citer tous les travaux qui traitent de la question, encore moins de décrire ou même d'énumérer toutes les espèces que peuvent recéler les organes génitaux femelles. Nous nous contenterons de dire un mot de quelques microbes qui touchent de plus près à notre sujet, parce qu'ils ressemblent plus ou moins au gonocoque et ont pu fournir des arguments soit aux adversaires de sa spécificité, soit à ceux qui exagèrent les difficultés de son diagnostic. Ce sont les microbes qui affectent la forme de diplocoques.

Neisser croyait la forme du gonocoque caractéristique ; ce point fut constaté par Bokaï, Eklund. Bumm (2), dans sa première édition, décrit cinq microbes que l'on trouve dans les organes génitaux, et dont la forme est à peu près semblable à celle du gonocoque.

---

(1) Krönig. Scheidensekret, Untersuchungen bei 100 Schwangeren. *Centralb. f. Gynæk.*, 1894.

(2) Bumm. Der Mikro-organismus des Gonorrhoischen schleimhaut. Ertrankungen, « Gonococus Neisser », et Beitrag zur Kenntniss der Gonorrhœ der weiblichen Genitalien. *Archiv. für Gynæk.*, 1884, t. XXIII. p. 327.

1° *Citronengelber Diplococcus* (*D. citreus conglomeratus*, Flügge) (1). — Poussières de l'air: pousse spontanément sur gélatine découverte. Pus blennorrhagique uréthralet conjonctival.

Cultures jaune citron ou soufre, épaisses, s'étendant en languettes, à bord déjeté en rempart; brillantes, humides, inégales quand elles sont fraîches; friables et brunâtres par la dessiccation. Pousse à la température de la chambre sur gélatine alcaline ou faiblement acide. Liquéfie le sérum et la gélatine.

Cocci fortement colorés en masses bossuées où les individus ne se distinguent pas si on ne dissocie leurs amas dans beaucoup d'eau. Diplocoques 1,5 μ en moyenne de pôle à pôle; grande ressemblance avec le gonocoque, souvent concavité des faces en contact; tendance à s'assembler par 4, en sarcines.

Non pathogène sur les muqueuses accessibles à la blennorrhagie.

2° *Milchweisser Diplococcus* (*D. lacteus faviformis*, F.). — Probablement vu par Bokaï, Eklund, Platonow dans le smegma. Sécrétion vaginale et cervicale de puerpérales. Ulcération de la bouche, crachats de coqueluche.

Individus isolés, quelquefois groupes de 3 ou 4. Libres ou tout au plus accolés à une cellule. Faciles à reconnaître par leur grosseur et leur coloration intense : souvent grosses masses sur les cellules épithéliales du vagin.

Facile à cultiver pur. Pousse sur gélatine à la température extérieure. En quelques jours, points qui donnent graduellement des cultures épaisses, blanc de lait, repiquables sur tous les milieux. Liquéfie. Pris sur les cultures, se dispose sur la lame en une couche simple et donne par la juxtaposition des individus (à fente très étroite) un aspect régulier en rayons de miel.

Non pathogène.

3° *Gelbweisser Diplococcus* (*D. subflavus*, F.). — Décrit par Bumm, puis par Fränkel dans la vaginite infantile. Deux cas dans des cystites puerpérales. Lochies, bulles de pemphigus épidémique des nouveau-nés, abcès du sein; gros amas dans le pus.

Cultures : après vingt-quatre heures, points blanchâtres, qui confluent ensuite. Deviennent jaunes après quelques jours. Liquéfient le sérum et la gélatine.

(1) FLÜGGE. *Les micro-organismes*. (Traduct. Henrijean, 1889).

Masse épaisse de diplocoques de 0,5 et 1,5 μ. Colorés faiblement ; puis la couleur gonfle les moitiés et fait disparaître la fente. Prend le Gram.

Sans action sur les muqueuses ; mais en injections sous-cutanées (lapin, homme), abcès.

4° *Grauweisser Diplococcus* (*D. albicans amplus*, F.). — Sécrétion vaginale.

Toujours entre les éléments cellulaires, isolé ou par 3 à 4.

Facilement isolé. Cultures épaisses, grisâtres, à la température de la chambre, sur gélatine. Liquéfie peu.

Ressemble au gonocoque, mais plus gros. Peut atteindre 2, 28 μ avant une nouvelle segmentation. Bien coloré.

5° *Rosafarbiger Diplococcus* (*D. Roseus F.*). — Pousse sur gélatine ouverte, sur tous milieux.

Cultures très saillantes, brillantes, humides, granuleuses, ondulées, abondantes à la température de la chambre deviennent roses. Liquéfie très lentement.

Diplocoques ressemblant au gonocoque, 1 à 1,5 μ, bien colorés.

Non pathogène.

C'est probablement dans la deuxième édition, que nous n'avons pas eue entre les mains, que Bumm décrit un autre microbe qu'Eisenberg (1) et Flügge déterminent ainsi :

D. albicans tardissimus (*Milchweisser*).

Pus uréthral et vaginal.

Rond ou diplocoque, 1 μ ; isolé ou par deux.

Cultures sur agar très lentes, minces, blanc grisâtre, humides ; en deux mois deviennent pelliculaires.

Sur gélatine, couche mince à bords irréguliers, ne liquéfie pas.

Non pathogène.

Heiman (2) a étudié le tractus vulvo-vaginal normal des enfants, ce qui donne un intérêt spécial à son travail. L'âge des sujets variait entre trois mois et treize ans. Les sécrétions étaient prélevées sur toutes les parties de la vulve, sans aucun nettoyage ; lorsqu'on recueillait des sécrétions

---

(1) Eisenberg. *Bakteriologische Diagnostik* 1891.

(2) Heiman. Clinical and bacteriological study of the genoccus (Niesser). *Medical Record*, N.-Y., 1895, I., 769.

uréthrales, la vulve était lavée à l'eau. Sur vingt cas, aucun ne montra le gonocoque. Les lamelles contenaient, outre des cellules épithéliales et dans certains cas des leucocytes, des cocci, des diplocoques, des bacilles courts, des bacilles piriformes avec des figures pouvant être interprétées comme des spores, le bacille du smegma, enfin des spirilles.

Dans certains cas existait un faible écoulement muco-purulent, trop léger pour que les parents l'eussent remarqué. Quelquefois le seul symptôme était l'énurèse, et l'auteur trouva alors une simple vaginite catarrhale. Les lamelles montrèrent, dans ces vaginites, des cellules de pus contenant des diplocoques, que Heiman fut d'abord tenté d'appeler pseudo-gonocoques, mais qu'il trouva plus exact d'appeler *diplococcus colpitis catarrhalis*. Il ne sait s'ils sont pathogènes.

Diplocoques et cocci. Diamètre peut être celui du gonocoque : 1 à 4 μ. Coloré par le Gram.

Aérobie.

Sur agar, colonies abondantes, jaune pâle.

Sur gélatine, en plaques, colonies circulaires et elliptiques de 3 à 5 millimètres, à bord net, brun-jaune par transparence. — En tubes, croissance mince, blanchâtre. Ne liquéfie. (Mêmes caractères sur gélatine acide.)

Non pathogène, dans un cas, sur l'urèthre mâle.

Ce diplocoque, qui peut être intra-cellulaire comme le gonocoque, s'en distingue par sa taille plus forte et sa coloration par le Gram (l'auteur ne parle pas de son groupement). Il est à rapprocher des microbes décrits par Bockhart et Fränkel.

B. — Valeur pathogénique du gonocoque dans la blennorrhagie de la femme

Après ce que nous avons dit du vague qui plane sur la définition de la blennorrhagie féminine, l'affirmation que le gonocoque existe toujours dans cette blennorrhagie, et

n'existe pas en dehors d'elle, n'aurait pas grand sens. Ce qu'il nous faut prouver, c'est : d'une part, que toute femme capable de communiquer la blennorrhagie récèle dans ses organes des gonocoques ; d'autre part, que ces gonocoques n'y sont pas des hôtes normaux, qu'ils y sont pathogènes, et n'y existent que parce qu'ils y sont importés, venant d'un sujet lui-même blennorrhagique.

1° Le gonocoque n'existe pas chez l'homme sain ; on n'a jamais vu un saprophyte de l'urèthre se transformer subitement en gonocoque ; lorsqu'un homme jusque-là indemne contracte la blennorrhagie avec une femme, il faut bien, si l'on ne croit pas à la génération spontanée, que celle-ci lui ait communiqué les gonocoques qu'elle a acquis. Les cas où la confrontation est possible sont d'ailleurs là pour faire la démonstration, et nous allons voir que la femme peut paraître saine à un examen superficiel et pourtant être porteuse de gonocoques. Enfin les expériences de Welander (1) prouvent que les sécrétions vaginales ne causent la blennorrhagie que lorsqu'elles contiennent le gonocoque.

2° Nous venons de faire allusion à des *blennorrhagies latentes*. N'infirment-elles pas notre seconde proposition sur le pouvoir pathogène du gonocoque ? Non, car nous verrons lorsque nous les étudierons qu'elles ne représentent qu'une phase particulière de l'affection ; il est d'ailleurs de notion commune que des microbes pathogènes peuvent rester un certain temps sans agir. Toute notre étude ultérieure montrera les effets pathogènes du gonocoque sur la femme, déjà prouvés, en ce qui concerne l'urèthre, par les inoculations de Bumm, ce qui au surplus n'est guère contesté. Le point vraiment litigieux, c'est la nécessité de l'importation du dehors. Or, l'étude que nous avons faite des microbes normaux de l'appareil génital, nous a appris déjà que personne, dans cet appareil demeuré sain, n'a jamais décelé le

(1) Welander. Quelques recherches sur les microbes pathogènes de la blennorrhagie. *Gaz. méd. de Paris*, 1884, p. 267.

gonocoque. Oppenheimer ne l'a jamais trouvé dans les lochies de femmes non blennorrhagiques, ni Horand dans les règles ou les pertes blanches vulgaires. La question serait jugée, n'était une circonstance où le gonocoque a pu sembler naître spontanément : nous voulons parler de la vulvite des petites filles.

VULVO-VAGINITE DES PETITES FILLES. — Cette vulvite en effet a souvent servi d'argument contre la spécificité du gonocoque et contre sa valeur diagnostique.

La nature blennorrhagique de certaines vulvites survenant à la suite de viols, était connue depuis longtemps ; mais on savait aussi qu'il existait des vulvites dont le viol n'était pas la cause, et que l'on qualifiait de *spontanées*, invoquant pour les expliquer des causes banales. La difficulté était de faire le diagnostic entre celles-ci et celles-là, diagnostic pourtant bien important en médecine légale.

Lorsqu'on connut le gonocoque, on put croire un moment la difficulté vaincue : où l'on trouverait le gonocoque, on pourrait affirmer le viol. C'est ainsi que Levi (1) conclut encore, à une époque pourtant récente, à la culpabilité d'un accusé parce qu'il a trouvé des gonocoques dans l'urèthre de celui-ci comme dans le col de la petite fille supposée violée. C'est contre une pareille idée que protestent avec raison Vibert et Bordas (2) ; où ils ont tort, c'est lorsqu'ils affirment que l'examen bactériologique *le plus complet* ne permet pas d'affirmer la nature d'une vulvite. Ils ont trouvé dans le pus vaginal de six fillettes un diplocoque en biscuit, agrégé en masses intra-cellulaires et jamais en chaînettes, décoloré par le Gram, qu'ils ne peuvent différencier du gonocoque; les cultures mêmes sont identiques, sauf sur pomme de terre où il donnerait des taches sinueuses jaune chamois, au lieu

(1) LEVI. *Giorn. ital. d. malatt. vener.*, 1890, t. XXV, 2, cité par BOSC. *Le gonocoque*, Th. de Montpellier, 1893.

(2) VIBERT et BORDAS. Du gonoc. en médecine légale. *Ann. d'hygiène et de médec. légale*, mai 1891, p. 443.

des colonies ponctiformes, en gouttelettes de pus, que donne le gonocoque. Nous nous sommes expliqué déjà sur lesdites cultures. Quant à la difficulté du diagnostic, elle s'explique facilement puisque dans les vulvites il s'agit souvent du gonocoque. Mais alors où est sa spécificité, si on le trouve dans une affection spontanée? La réponse est donnée par les auteurs mêmes qui ont trouvé le gonocoque dans les vulvites : Il n'y a pas spontanéité, mais contagion accidentelle.

Dès 1884, de Amicis (1) rapportait qu'il avait souvent trouvé le gonocoque dans des vulvo-vaginites infantiles survenues sans le moindre attentat à la pudeur; mais il croyait que ces vulvo-vaginites étaient spontanées, et que le gonocoque provenait de la transformation de saprophytes normaux. Il n'en indiquait pas moins des différences morphologiques visibles, entre le gonocoque et ces saprophytes, et liait la notion de contagiosité à la présence du premier : il avait prouvé la nature virulente des vulvo-vaginites qui le contenaient, en produisant chez un homme, par inoculation de leur pus, un écoulement typique renfermant les mêmes parasites.

A la même époque Frænkel, Aubert (2), trouvant le gonocoque dans les vulvites des petites filles, arrivaient à des notions plus justes. Aubert n'admettait pas la spontanéité, et montrait que la transmission peut se produire par le contact dans un lit, le séjour dans un bain, l'usage d'objets de toilette (linges, éponges), peut-être même par la projection, pendant la miction, de quelques gouttes d'urine infectée, puisqu'elles peuvent déterminer une ophtalmie. Il voyait en outre la possibilité de contagions à la naissance, au même titre que celles d'ophtalmies; si elles sont plus

(1) De Amicis. *Rivista clinica et therapeutica*, 1884.

(2) Aubert. Gonorrhœa insontium. *Lyon méd.*, 26 oct. 1884, t. XLVII, p. 263. — Étiol. des vulvites blenn. chez les jeunes filles, *Lyon méd.*, 16 août 1891.

rares, c'est que la grande prédominance des présentations du sommet laisse les yeux en contact plus long avec les sécrétions vaginales. Qu'on n'invoque pas l'absence de semblables accidents chez les garçons : la différence de conformation suffirait à en rendre compte, si nous n'avions vu déjà qu'il existe chez eux, bien que plus rarement, des uréthrites survenant par le même mécanisme.

Dès lors, tout s'expliquait. Il n'y avait, lorsque le viol ne pouvait être en cause, qu'à chercher pour chaque cas l'agent de la contagion ; ce qui fut fait par nombre d'auteurs : Widmark, Cséri (1885), Lenander, Israel (1886), Suchard, Prochownik, Sænger, v. Dusch (1880) dont nous ne pouvons que citer les noms. Pott (de Halle) (1) étudiait l'étiologie de la vulvite sur 86 fillettes, la plupart âgées de deux à quatre ans, et arrivait aux mêmes conclusions. Le viol n'intervient qu'exceptionnellement ; il est rare aussi que la maladie soit contractée au moment de l'accouchement, comme l'auteur l'avait, lui aussi, soutenu précédemment. Les contagions ont lieu surtout dans les familles pauvres, où la promiscuité est plus grande, où des parents blennorrhagiens couchent dans le même lit que leurs enfants.

Donnons ici une mention spéciale aux recherches d'E. Dupré, restées inédites pour des causes indépendantes de la volonté de leur auteur, et pourtant bien significatives (1889). Ses observations, portant sur des fillettes de dix mois à onze ans, sont au nombre de 23, prises à l'hôpital Trousseau : dans les 23 cas il a constaté le gonoque avec tous ses caractères ; les préparations, dit-il, n'étaient pas possibles à distinguer de celles qu'on obtient avec le pus blennorrhagique de l'adulte. Il a répété avec succès, sur un sujet consentant, l'expérience de Amicis, et prouvé ainsi une fois de plus la contagiosité ; mais il a été plus loin : il a essayé de faire des cultures. Il ne put obtenir le gonoque pur, — ce

(1) R. Pott. Die specif. vulvo-vaginitis im Kindesalter und ihre Behandl. — *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1883, t. XIX, p. 71.

qui n'est pas étonnant vu l'époque, — et ne vit pousser que des microbes vulgaires, notamment de M. *lacteus faviformis* de Bumm et un bacille se rapprochant de la bactérie de Clado-Hallé, Albarran. Ces cultures, inoculées à la vulve et à la conjonctive de lapines, donnèrent un résultat négatif. Il crut alors pouvoir, en prenant toutes les précautions pour arrêter immédiatement l'inflammation si elle se produisait, inoculer les mêmes cultures à la vulve de petites filles. Cette expérience bien innocente et entourée de précautions qui contrastent avec le sans-gêne des expérimentateurs allemands, montra, comme il s'y attendait, que le pouvoir pathogène des microbes cultivés était nul. Il était donc démontré indirectement que le microbe actif devait être celui qui ne cultivait pas, c'est-à-dire le gonocoque. Quant à la cause des vulvites, Dupré la résume admirablement en disant qu'elle est toujours génitale (contagion indirecte d'une blennorrhagie adulte), et presque jamais vénérienne (au dehors de tout coït). Les mêmes conclusions se déduisent des travaux de Steinschneider (1889), Skutsch, Epstein (1891). Celui-ci insiste de nouveau sur la vulvo-vaginite et la blennorrhée oculaire des nouveau-nés, contractées par le passage de l'enfant dans les voies génitales malades de la mère. Au congrès de Halle (1891), Cahen-Brach (1) présente l'observation de 21 cas d'écoulements leucorrhéiques chez des enfants de deux à dix ans. Tous ces écoulements, sauf un, contenaient des gonocoques typiques par tous leurs caractères, y compris la réaction au Gram. Dans presque tous, il put reconnaître avec une certaine vraisemblance la source de l'affection ; sept fillettes seulement avaient été contaminées à l'hôpital ; les autres couchaient avec une mère atteinte de leucorrhée suspecte, ou faisaient partie d'une famille dans laquelle on trouvait une blennorrhagie génitale

(1) CAHEN-BRACH. *Congrès des médec. et natural. allem.*, Halle, 1891. — Die urogenital Blennorrhœ der kleinen Mädschen, *Jahrb. f. Kinderh.*, 1892. — *Deutsche med. Woch.*, 1892.

ou oculaire. D'après Cahen-Brach, l'affection se propagerait très rapidement à l'urèthre et serait avant tout une uréthrite, malgré son nom ; la vulve et le vagin seraient peu atteints. Il n'y aurait jamais d'ascension à l'utérus et à ses annexes. Mais dans un cas il y avait de la cystite ; dans un autre, une arthrite a compliqué la blennorrhagie infantile : la thèse récente de Vignaudon (1894) en renferme un grand nombre.

E. Martin (1), à propos de vulvites simplement irritatives sur lesquelles nous allons revenir, étudie les vulvites gonorrhéiques. Dues quelquefois au viol, mais beaucoup plus souvent à un transport accidentel, elles peuvent, d'après lui, frapper la vulve, le vagin et même quelquefois l'utérus. Lui aussi signale la possibilité d'ophtalmies et de rhumatismes. Notons qu'il considère comme difficile ou impossible le diagnostic du gonocoque d'avec certains saprophytes.

Fischer (2), sur 50 vulvites à gonocoque, trouva une seule fois le viol pour cause : six fois il s'agissait de contagions de famille, une fois de contamination dans des latrines publiques ; les autres petites filles avaient été contagionnées à l'hôpital.

Nous n'énumérerons pas tous les auteurs qui ont renouvelé de pareilles recherches avec des conclusions identiques (3) ; la nature des vulvites infantiles, au moins d'une certaine catégorie de ces vulvites, est aujourd'hui de connaissance banale. Nous mentionnerons seulement le fait publié par Weill et Barjon (4), — une épidémie de vulvites dont la cause, longtemps cherchée en vain, était un thermomètre, — pour montrer combien il faut être circonspect avant de

(1) EDM. MARTIN. Vulvo-vag. in. children. *Journ. of cut. and. genitour. — diseases*, nov. 1892.

(2) FISCHER. *Deutsche med. Woch.*, 1892.

(3) Nous avons vu déjà que HEIMAN a inoculé avec succès à l'urèthre masculin des cultures pures de gonocoques provenant de vulvites. Lui aussi avait rencontré dans plusieurs cas la contagion familiale.

(4) WEILL et BARJON. *Sem. méd.*, 1894.

servir comme argument décisif la prétendue spontanéité d'une affection.

Il ne faut pas conclure de ce qui précède que toutes les vulvites infantiles sont blennorrhagiques, mais seulement que celles qui le sont, loin d'exclure la spécificité du gonocoque, ne font que la confirmer. Reste la question de diagnostic,avec encore une certaine importance médico-légale, bien que cette importance soit désormais considérablement amoindrie. Or, tous les auteurs qui traitent de la questions admettent, à côté des vulvites blennorrhagiques, d'autres vulvites (différentes d'ailleurs au point de vue clinique) ; *ces vulvites catarrhales*, bénignes, sont simplement irritatives et dues à des influences plus ou moins banales (malpropreté, oxyures, lymphatisme, etc.), celles précisément que l'on invoquait autrefois pour toutes ; mais leur cause immédiate est encore la plupart du temps un agent microbien. Il se trouve que l'agent décrit dans un grand nombre de cas offre avec le gonocoque les plus grandes ressemblances.

Dans une vulvo-vaginite épidémique survenue à l'hôpital, Fræenkel (1) avait trouvé un micro-organisme intra-cellulaire ressemblant tellement au gonocoque, que Neisser n'aurait pu indiquer le caractère différentiel; mais le Gram n'est pas mentionné dans la confection des lamelles. Inoculé à l'œil humain, le pus causa le cinquième jour une conjonctivite catarrhale dont la sécrétion contenait le même mibrobe. Ses cultures donnèrent diverses formes décrites déjà par Bumm, et un diplocoque non décrit, donnant sur l'agar de fines cultures grisâtres, sans action sur la conjonctive humaine, et qu'il n'ose identifier avec le microbe de la vaginite. N'étaient les conséquences peu graves de l'inocu-

(1) E. FRÆNKEL. *Ueber die bei Untersuchungen des Sekrets einer endemisch aufgetretenen Colpitis erhobenen Befunde.* Commun. à la *Soc. méd. de Hambourg*, 4 nov. 1884. — *Deutsche med. Woch.*, 8 janv. 1885, n° 5, p. 22, et Bericht über eine bei Kindern beobachtete Endemie infectiöser Colpitis. *Virchow's Arch.*, 1885, t. XC, fasc. 2, p. 251.

lation oculaire, on pourrait se demander, bien que l'auteur ait écarté cette hypothèse, si le gonocoque lui-même n'était pas en jeu. — Pourtant d'autres auteurs, tels que Koplik (1), ont décrit des diplocoques analogues dans le pus de vulvo-vaginites. Peut-être Vibert et Bordas ont-ils parfois vu de semblables microbes. L'étude déjà citée de Heiman nous semble avoir éclairci la question. Reprenant l'étude bactériologique du tractus vulvo-vaginal des petites filles, à l'état normal et pathologique, il a constaté une fois de plus que dans les vulvites virulentes c'est bien le gonocoque qui existe, identique à celui de l'urèthre ; que dans les vulvites catarrhales, bénignes, existe un diplocoque présentant avec le gonocoque assez de ressemblance, mais ne pouvant être confondu avec lui, parce qu'il est plus gros et surtout parce qu'il ne prend pas le Gram. Il peut d'ailleurs coexister avec le gonocoque, et son pouvoir pathogène est à démontrer. Nous avons donné, au début de ce chapitre, les caractères de ce microbe. Il résulte du travail de Heiman que pour peu qu'on ait soin de pratiquer l'épreuve du Gram, le diagnostic entre le gonocoque et ses prétendus sosies est facile, même sans recourir aux caractères de culture qui trancheraient absolument la question.

C. — Manifestations primitives de la blennorrhagie chez la femme

Siège. — Parmi les accidents blennorrhagiques que peut présenter la femme, la vaginite a joué longtemps un rôle prédominant. Malgré les protestations d'Astruc, de Ricord, de Bell, de Gibert, de Guérin, on croyait l'uréthrite rare, — ceux pour qui blennorrhagie équivalait à l'uréthrite, avaient pu dire la blennorrhagie rare chez la femme, — et c'était surtout dans le vagin que l'on cherchait les gros signes de la gonorrhée.

(1) Koplik. Urogen. blenn. in children. *Journ. of cut. and genito-ur. dis.*, 1893, p. 219.

Aussi beaucoup de médecins purent-ils être surpris lorsque Bumm (1), rompant avec l'idée devenue classique, affirma que le siège ordinaire était le canal cervical, et nia même la vaginite blennorrhagique, ou du moins la considéra comme purement irritative.

Nombre d'auteurs confirmaient, au moins d'une façon générale, la théorie de Bumm. Tel Steinschneider (1886) ; il montra de plus la fréquence de l'uréthrite, que l'on constata dans tous les cas récents. Les gonocoques peuvent ensuite disparaître dans l'urèthre, et alors, même longtemps après et en l'absence de signes bruyants, on les retrouve souvent dans le col et le corps de l'utérus. Le col est le siège de prédilection de la blennorrhée chronique. Quant à la vulve et au vagin, les gonocoques en sont vite délogés par les autres cocci qui y pullulent.

Fabry (1888), sur 38 cas de blennorrhagie, trouva le gonocoque 16 fois dans l'urèthre et le col, 10 fois dans l'urèthre, 2 fois dans le col seul ; Welander, 89 fois p. 100 dans l'urèthre, 53,7 dans le col ; Aubert nie la vaginite spécifique ; Diday et Doyon croient que la blennorrhagie utérine est celle qu'on rencontre le plus souvent quand on la cherche. Eraud (1888), Pescione (1889) arrivent à des conclusions analogues ; Horand proclame la fréquence de l'uréthrite, mais défend la vaginite. Bruenschke (1891) trouve la blennorrhagie 90 fois p. 100 dans l'urèthre, 37,5 dans le col, 12,5 dans les glandes de Bartholin. Luczny (1891), sur 47 cas de la clinique d'Olshausen, compte 40 uréthrites, 12 vulvites, 17 bartholinites et 19 vaginites. Finger, dans 2 cas, a vu la blennorrhagie cantonnée à l'urèthre seul, le reste des organes génitaux étant intact.

1° *Uréthrite de la femme.* — Si donc l'uréthrite a pu être considérée comme rare chez la femme, c'est qu'on ne l'a pas recherchée au début de la blennorrhagie, ni avec assez de

(1) Bumm. Beitrag zur Kenntniss der Gonorrhœ der weiblichen Genitalien. *Arch. f. Gynæk.*, 1884, t. XXIII, p. 328.

soin ; elle est plus bénigne que chez l'homme, et disparaît vite, du moins en tant que manifestation aiguë. Mais sa fréquence est bien établie aujourd'hui par des recherches multiples. Nous avons cité assez de noms à l'appui, nous pourrions encore en ajouter : Decourtieux (1880), Fuerbringer (1884), Martineau (1885), Jullien (1886), Di Bella et Ingria (1888), Pescione (1889) et d'autres.

Si les signes capables d'attirer l'attention disparaissent vite, en revanche l'uréthrite passe rapidement à la chronicité. D'après Chéron (cité par Jullien), l'uréthrite aiguë s'observait cinq fois moins souvent que la chronique. Ingra (1887) insiste également sur la tendance à la chronicité. Dans les deux cas de Finger la blennorrhée chronique était limitée à l'urèthre. D'ailleurs, même chronique, l'uréthrite de la femme se guérit beaucoup plus facilement que celle de l'homme.

L'uréthrite simple, non blennorrhagique, serait très rare chez la femme d'après Guérin, Cullerier, Ricord, Rollet (1). Elle existe pourtant. Richard d'Aulnay (2) mentionne les infections secondaires qui peuvent se surajouter au gonocoque pour créer des *uréthrites mixtes :* vers le déclin, le gonocoque disparaît souvent et il persiste une *uréthrite pyogénique secondaire ;* l'uréthrite pyogénique peut être *primitive ;* elle serait due le plus souvent au staphylocoque.

Richard d'Aulnay ne croit grère aux uréthrites non microbiennes de la femme ; il les explique par des localisations du parasite dans les culs-de-sac glandulaires.

— L'urèthre de la femme est riche en follicules, qui s'ouvrent soit le long de son trajet, soit à son orifice externe ; ceux-ci sont les plus importants. Les uns, décrits déjà par Astruc (1754), comme prostate de la femme, occupent la paroi inférieure de l'urèthre et s'ouvrent des deux côtés de la

(1) ROLLET. Art. Blennorrhagie du *Dictionnaire encycl. des sciences médicales* (D. Dechambre), 1er série, t. IX, p. 689, 1868.

(2) G. RICHALD D'AULNAY. *De l'uréthrite chez la femme.* Th. de Paris 1893.

ligne médiane, à l'extérieur ou dans le canal lui-même. Les autres, situés dans l'épaisseur des lèvres du méat, viennent s'ouvrir autour de lui, au fond de petites cryptes. Tous ces follicules peuvent s'enflammer dans la blennorrhagie. Leur inflammation peut être aiguë et donner lieu à de petits abcès (*uréthrite externe* de Guérin). Mais elle peut être chronique et passer facilement inaperçue. Chaque glande devient alors un réservoir à gonocoques, capable, ainsi que l'a prouvé Bœhn (1883), de transmettre la blennorrhagie. Glandes et cryptes peuvent contenir des gonocoques pendant plusieurs années (Martineau, 1885).

2° *Vulvite.* — Nous nous sommes assez étendu sur la vulvite infantile pour n'y plus revenir ; constatons seulement que chez les petites filles, l'existence d'une vulvite blennorrhagique primitive, due à la pullulation du gonocoque dans les tissus vulvaires, est bien démontrée.

Il n'en est pas de même chez l'adulte. Il n'est pas certain que la vulvite qui accompagne la blennorrhagie soit due directement au gonocoque ; il se peut que les microbes si variés qui pullulent dans cette région essentiellement infectée, et s'y multiplient encore en pareil cas, attaquent la muqueuse macérée et irritée par le pus qui la baigne. Dans ce pus, on peut trouver des gonocoques, bien que leur diagnostic y soit rendu difficile par la multiplicité des bactéries saprophytes. Mais rien ne prouve qu'ils ne viennent pas des organes situés plus haut : c'est la discussion que nous allons retrouver à propos du vagin, sans qu'on puisse d'ailleurs conclure d'un organe à l'autre.

A la vulvite se rattache une complication fréquente et importante de la blennorrhagie féminine : nous voulons parler de la *bartholinite.* La question de sa nature est discutée surtout pour les cas aigus ; tandis que Feleki, Pollaczek (1889) pensent l'étiologie très variable, blennorrhagique quelquefois seulement, Bonnet (1888) est d'avis que la blennorrhagie est la cause directe 9 fois sur 10, et Sænger croit de même pour l'immense majorité des cas, et pour tous

les cas chroniques. Pour ceux-ci tout le monde à peu près est d'accord pour admettre la nature blennorrhagique constante.

Au point de vue bactériologique, Arning, le premier (1883) a trouvé des gonocoques dans le pus des bartholinites aiguës et chroniques. Welander (1884) en a presque toujours trouvé dans les cas chroniques, rarement dans les cas aigus. Bumm, Sænger, Gersheim les ont trouvés unis à des pyogènes, au streptocoque notamment, et croient donc à une infection mixte. Nous avons parlé déjà des recherches de Touton et dit comme quoi il a trouvé des gonocoques dans l'épithélium modifié du conduit excréteur, mais non dans la glande elle-même.

Dans deux observations de bartholinites notre ami Griffon a trouvé des gonocoques purs.

Bartholinites à gonocoques purs.

I. — Le 20 janvier, à l'hôpital Broca (service de M. de Beurmann), incision d'une bartholinite suppurée unilatérale. Il y avait eu bartholinite du côté opposé il y a six semaines.

Il s'écoule un pus abondant, épais, foncé, couleur chocolat.

Examen direct : leucocytes polynucléaires. Gonocoques peu nombreux mais très nets.

Cultures : du pus est étalé en abondance sur de la gélose. Il est presque impossible de dire s'il y a développement de colonies au milieu du pus; en tout cas l'examen de la surface de la gélose montre quelques diplocoques, sans cellules, décolorables par le Gram.

Pas d'autres colonies. Donc, gonocoque pur.

II. — Le 25 janvier, incision d'une bartholinite suppurée: on voit à côté, en dedans de la petite lèvre, une ulcération, vestige d'un abcès de la glande opposée ouvert spontanément. — Il s'écoule un pus abondant, coloré en brun chocolat.

Examen direct : leucocytes, gonocoques nets.

Cultures, faites comme précédemment : le gonocoque ne pousse pas, mais il ne pousse pas d'autre microbe. Donc, gonocoque pur.

3° *Vaginite.* — La vaginite est une des localisations qui

donnent lieu au plus grand nombre de controverses, depuis les travaux de Bumm. Pour celui-ci, l'utérus est le siège principal de la blennorrhagie. Au contact du pus qui en découle et vient stagner sur la muqueuse vaginale, celle-ci macère et s'enflamme; d'où la vaginite qui accompagne la blennorrhagie. Mais les gonocoques que contient sa sécrétion viennent de l'utérus; ils ne pénètrent pas la muqueuse du vagin; tout au plus peuvent-ils pulluler à la surface comme dans une étuve, et au milieu de mille autres parasites : la vaginite est purement irritative et non blennorrhagique.

Les arguments sur lesquels elle s'appuie sont de divers ordres : d'abord, le gonocoque ne pénètre que dans les épithéliums cylindriques et l'épithélium pavimenteux stratifié du vagin lui oppose une barrière infranchissable. Exception peut être faite seulement pour le vagin des enfants, recouvert d'une couche épithéliale mince et délicate. — Puis pour confirmer sa théorie, Bumm a excisé des lambeaux de muqueuse vaginale enflammée, et n'y a jamais trouvé le gonocoque. Enfin il a pu laisser pendant douze heures la muqueuse vaginale en contact avec du pus blennorrhagique, sans produire une vaginite.

Steinschneider (1888), Neisser (1889) se rallient à cette opinion. En France, Eraud (1889) croit aussi que s'il existe une vaginite blennorrhagique, ce qui n'est pas certain, elle est descendante et due à la propagation d'une uréthrite. Hardy n'avait-il pas déjà, en 1846, observé un cas de vaginite succédant manifestement à un écoulement purulent de l'utérus?

Pourtant les contradictions ne tardèrent pas à surgir. Schwartz (1886) croit à la vaginite spécifique : il a pu l'observer en l'absence de toute uréthrite, et le raclage après nettoyage soigneux l'a convaincu de la pénétration des gonocoques. D'ailleurs la ténacité de la vaginite plaide en faveur de sa spécificité.

Sænger (1889) a accepté les idées de Bumm; l'épithélium du vagin résiste au gonocoque. Dans certains cas, cependant, sa résistance est diminuée, et alors il peut être envahi : c'est

ce qui a lieu chez les adultes dans quelques circonstances (femmes enceintes, femmes blondes, à peau fine).

Letzel (1892), Finger (1893) croient à l'existence d'une vaginite blennorrhagique primitive, non seulement eu égard à la ténacité de l'affection, mais encore parce qu'ils ont vu des cas non douteux de vaginite aiguë sans uréthrite, où Finger a constaté la présence du gonocoque.

Ces cas et ceux de Schwartz infirment en grande partie les arguments de Bumm. D'ailleurs les recherches de Touton ont montré qu'il était au moins exagéré de dire que le gonocoque est arrêté par les épithéliums plats : sa pénétration ne dépend pas de la forme des cellules, mais bien de leur cohésion, de la mollesse et de la succulence des tissus, de la largeur des espaces intercellulaires; ce qui est bien d'accord avec les assertions de Sänger. — Il n'en est pas moins vrai que les épithéliums stratifiés comme celui du vagin sont pour le gonocoque un obstacle sérieux, et si Bumm a péché par exagération, ses idées n'en restent pas moins vraies pour une grande part.

Pour ce qui est de la vaginite, il n'est pas douteux qu'on lui ait accordé une importance très exagérée. Le gonocoque peut dans certains cas se fixer sur le vagin. Mais il n'y trouve en général qu'un assez mauvais terrain.

4° *Métrite.* — Nous avons vu l'importance de la métrite, au point de vue de sa fréquence, parmi les manifestations blennorrhagiques, elle vient en seconde ligne, immédiatement après l'urétrhite; cette fréquence relative serait encore bien autre, si au lieu de considérer l'ensemble des cas on ne prenait que ceux où la blennorrhagie est déjà ancienne. C'est alors dans le col de l'utérus qu'elle se cantonne, pour remonter ensuite plus haut si l'évolution de la maladie continue.

Si en effet la métrite du col est pour ainsi dire de règle, celle du corps est une véritable complication, qui ouvre la voie aux conséquences les plus graves de la gonorrhée.

Dans la plupart des cas, d'après Wertheim (1), l'utérus est infecté directement, souvent même isolément; sa blennorrhagie débuterait toujours d'une manière aiguë. Cette proposition est sujette à caution. Il est plus généralement admis que la blennorrhagie de la femme peut être chronique d'emblée, et d'après Finger la métrite s'établirait plus souvent au cours de la blennorrhagie chronique, qu'elle ne succéderait à la métrite aiguë. Quoi qu'il en soit, c'est par la muqueuse que se transmet l'affection, qui est une endométrite avec catarrhe purulent; souvent, quand la maladie est chronique, s'ajoute une endométrite glandulaire. Puis la couche musculeuse s'entreprend.

On trouve parfois des gonocoques en plus ou moins grand nombre dans la muqueuse enflammée, mais souvent l'examen microscopique et les cultures ont un résultat négatif.

Le gonocoque serait d'autant plus difficile à voir dans les tissus qu'il s'agirait de couches plus profondes. Il existe probablement dans les infiltrats inflammatoires du tissu musculaire, mais ce n'est pas prouvé.

Ses lésions, néanmoins, sont bien blennorrhagiques, car on a trouvé le gonocoque dans la muqueuse et il a été impossible de découvrir d'autres microbes dans les utérus examinés. Une infection mixte ou secondaire est rare, d'après Wertheim. Enfin il dénie à l'orifice interne le rôle d'obstacle qui lui a été attribué.

Les exacerbations sont souvent dues à une altération du terrain sous diverses influences nocives, mais souvent aussi à de nouvelles infections (nous pourrions rapprocher cette donnée des conclusions de Finger, relatives aux réinfections dans l'uréthrite). Parmi les susdites causes nocives, l'état puerpéral doit être placé en première ligne, et c'est souvent à son occasion que se prend le corps indemne jusque-là. Puis viennent la menstruation, le coït, les manipulations utéri-

(1) WERTHEIM. *Société allemande de gynécologie*, 6 juin 1895. Voir *Wiener med. Presse*, 1895, p. 1061, et *Annales de dermatologie*, 1895.

nes, moins importants mais dont il faut cependant tenir compte.

D. — Blennorrhagie ascendante de la femme

Les affections des annexes de l'utérus constituent la plus redoutable complication de la blennorrhagie féminine et son principal facteur de gravité, celui qui fait de la gonnorrhée une affection beaucoup plus sérieuse encore pour la femme que pour l'homme. Nöggerath le premier, dès 1872, attira l'attention sur le danger, et alla jusqu'à proclamer l'incurabilité de la blennorrhagie, exagération sur laquelle il revint d'ailleurs. Il montra que la blennorrhagie chronique de l'homme peut engendrer chez la femme une blennorrhagie également chronique, qui évolue sourdement jusqu'au jour où elle se manifeste par l'inflammation de l'utérus ou de ses annexes. Les idées de Nöggerath furent d'abord considérées comme extravagantes; mais la découverte du gonocoque et les travaux qui la suivirent vinrent les justifier dans leurs points essentiels : d'une part, la contagion des blennorrhées chroniques; d'autre part, la nature blennorrhagique d'une part importante des affections abdominales féminines.

1° *Salpingite.* — Gusserow, Cornil, Terrillon n'étaient pas arrivés à déceler le gonocoque dans les salpingites. Le cas de Nöggerath (1) étant douteux (Bosc), Westermark (2) est le premier qui ait reconnu d'une façon précise le gonocoque dans le pus d'une trompe. Peu de temps après, Orthmann (3) faisait dans deux cas la même constatation, que renouvelaient ensuite de nombreux auteurs : Stermann, Schmitt (4) dans un cas chacun; Döderlein, 8 fois; Carsten (5), 1 fois sur

(1) Noggerath. *Americ. Journ. of Obstetric.*, 1885.
(2) Westermark. *Centr. f. Gynæk.*, 1886, n° 10, p. 157.
(3) Orthmann. *Berliner kl. Woch.*, 1887, p. 236.
(4) Schmitt. *Arch. f. Gyn.*, 1889, t. XXXV, fasc. 1, p. 162.
(5) Carsten. *Zeitschr. f. Geb.*, t. XXI, p. 214.

8 cas: Menge (1), 3 fois sur [illegible]; Zweifel (2), 8 fois sur 34; Witte (3), 7 fois sur 39 plus 3 fois associé à d'autres microbes; puis Schauta (4), 23 fois sur 90; Reichel, 1 fois; Prochownick, 2 fois sur 52 cas, et un nombre d'autres que nous ne pouvons citer. Une mention spéciale doit être accordée aux travaux de Wertheim (5) que nous avons eu si souvent déjà l'occasion de citer. 33 fois sur 116 cas, il a pu trouver le gonocoque dans les salpingites suppurées. Il l'a cultivé, et inoculé avec succès : les cultures qui servirent à trois de ses inoculations provenaient de salpingites. Wertheim vit encore le gonocoque sur les coupes : d'après ses observations, les microbes non seulement pénétreraient profondément dans la muqueuse, mais encore arriveraient dans l'épaisseur de la couche musculaire, où il les aurait vus, et pourraient la traverser pour infecter le péritoine.

Hartmann et Morax (6), sur 33 cas de collections suppurées des annexes, ont trouvé 13 fois le gonocoque ; 2 fois il s'agissait de coli-bacille, 4 fois de streptocoque, 1 fois de pneumocoque ; enfin 13 fois le pus était stérile, comme il l'était dans tous les cas de salpingite catarrhale ou parenchymateuse. La salpingite à streptocoques succéderait pour eux à des lésions traumatiques de l'utérus ; quant aux cas à pus stérile, ils semblent se rapporter à des affections tuberculeuses ou blennorrhagiques anciennes. Quénu (7), outre un cas à staphylocoques, a trouvé aussi trois abcès stériles, et la même constatation a été faite assez souvent.

---

(1) MENGE. *Med. Anzeig. z. Centrbl. f. d. Ges. med.*, 13 septembre 1890.

(2) ZWEIFEL. *Arch. f. Gyn.*, 1891, t. XXXIX, p. 371.

(3) WITTE. *Centrbl. f. Gyn.*, 11 juin 1892. — *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XV.

(4) SCHAUTA. *Arch. f. Gyn.*, 1893, t. XLIV, fasc. 3, p. 574.

(5) WERTHEIM. *Arch. f. Gynæk.*, 1892, t. XLII, p. 1. — *Sammlung klin. Vort.*, 1894, nº 100.

(6) HARTMANN et Morax. *Soc. de chirurgie*, 18 avril et 30 mai 1894. — *Ann. de gyn.*, juillet 1894 (2e vol. de l'année, p. 1).

(7) QUÉNU. *Soc. de chir.*, 30 mai 1894.

Reymond (1), dans ses examens de salpingites blennorrhagiques, n'a jamais pu découvrir le gonocoque que dans le pus et à la surface de la muqueuse; sur ces coupes, les gonocoques siègent, libres ou plus souvent intra-cellulaires, dans la couche de pus qui adhère à la superficie ; très rarement ils se voient dans les cellules épithéliales non détachées, plus rarement encore dans les leucocytes situés entre elles, qui contrastent avec ceux du pus, bourrés de microbes ; jamais plus profondément. Aussi est-il sceptique sur les recherches de Wertheim, qui, dit-il, n'ont été confirmées par personne.

2° *Ovarite.* — Luther (2) admet l'imprégnation par le gonocoque des tissus de toute la région péri-utérine, y compris l'ovaire. Wertheim dans 3 cas aurait trouvé des gonocoques dans les kystes purulents de l'ovaire. Reymond n'en a jamais trouvé dans cet organe.

Presque toujours, l'ovarite est consécutive à la périovarite.

3° *Péritonite.* — Autant la péritonite blennorrhagique est rare chez l'homme, autant elle est fréquente chez la femme.

Nous ne reviendrons pas sur les expériences qui ont été faites pour prouver la possibilité d'une péritonite réellement gonococcique. Le gonocoque a été décelé directement dans le péritoine enflammé localement. Loven (1886), Penrose, dans le pus d'une péritonite aiguë survenue au cours d'une blennorrhagie, n'avaient trouvé que des pyogènes. Charrier (3), n'a pu mettre en évidence le gonocoque ; il croit néanmoins qu'il existe, mais disparaît vite et souvent se complique de pyogènes. Par contre, Ceppi (1887), dans une péritonite bien circonscrite, a vu des gonocoques. Wertheim,

(1) Reymond. *Contr. à l'ét. de la bact. et de l'an. path. des salpingo-ovarites.* Th. de Paris, 1895.

(2) Luther. *Samml. klin. Vortr.* Leipzig, 1893, p. 789.

(3) P. Charrier. *De la péritonite blenn. chez la femme.* Th. de Paris, 1892.

dans plusieurs cas, a constaté le gonocoque dans l'exsudat péritonéal. Ses recherches à ce sujet ne peuvent être mises en doute. Mais lorsqu'il admet que le gonocoque peut arriver soit à travers les parois tubulaires, soit avec le pus s'écoulant par le pavillon, Reymond conteste absolument le premier mode : Wertheim, en effet. a trouvé des gonocoques dans l'exsudat avoisinant la trompe, et non dans le péritoine lui-même (ce qu'il explique en disant que les examens sont faits trop tard).

La péritonite peut être aiguë et diffuse (Veit, Brôse, Menge) (1), et Menge y avait constaté le gonocoque. Quand ce microbe est seul, la maladie serait bénigne. — Chez une petite fille qui mourut de péritonite aiguë, Baginsky rapporte qu'on aurait trouvé des gonocoques unis aux staphylocoques.

En somme, le gonocoque a été trouvé dans toutes les parties de l'appareil génital ; sa situation en général superficielle montre bien qu'il se transmet par voie sanguine ou lymphatique ; quant à la pénétration à travers les tissus, il nous serait difficile de donner un avis sur sa possibilité dans ce cas particulier ; tout ce que nous pouvions dire, c'est que, à priori, elle n'est pas la règle, mais n'est pas aussi impossible que l'avait cru Bumm.

Ici comme en d'autres points de l'organisme, le gonocoque semble avoir une vitalité moindre que celle d'autres organismes : d'où les abcès stériles. Il prépare le terrain pour d'autres microbes qui n'auraient pu se développer sans lui, et qui parfois le supplantent. Nous retrouverons, à propos des arthrites, ces conditions biologiques qui peuvent parfois masquer le rôle du gonocoque.

E. — Blennorrhagie latente

Nous avons eu déjà l'occasion de signaler chez la femme l'existence de blennorrhagies qui attirent peu l'attention et

---

(1) *Soc. de médec. interne de Berlin*, 9 mars 1896.

peuvent passer inaperçues, tout en étant capables d'entraîner les conséquences les plus graves. La blennorrhagie féminine peut naître et évoluer sourdement. Ce qui caractérise d'ailleurs la plupart des manifestations blennorrhagiques, c'est leur tendance à passer à la chronicité ; les signes tapageurs disparaissent rapidement, l'affection se cantonne en quelques points souvent difficiles à explorer, et l'observateur superficiel peut croire à la guérison.

La variété des sièges où peut se cantonner la blennorrhagie féminine rend sa découverte encore plus difficile. Il faut beaucoup de soin pour constater une inflammation légère qui se dissimule dans le canal cervical ; il en faut plus encore pour ne pas laisser passer les lésions limitées à une glande de Bartholin, à un follicule péri-uréthral. Parfois, malgré un examen attentif, on ne trouve rien : et pourtant la femme est en danger et dangereuse pour les autres.

C'est alors que l'examen bactériologique peut rendre de grands services. Neisser avait déjà signalé les erreurs auxquelles expose l'examen purement macroscopique. Un grand nombre de statistiques ont été publiées, qui prouvent la nécessité de la recherche du gonocoque dans les cas suspects et l'impossibilité d'arriver autrement à des résultats sérieux. La plupart de ces recherches portent sur des prostituées, c'est-à-dire sur des femmes ayant toutes les raisons possibles de recéler des gonocoques dans leurs organes génitaux ; c'est dire que la trouvaille des gonocoques dans des organes en apparence sains n'infirme en rien leur spécificité. Citons quelques-unes de ces statistiques :

Pryor (1) a examiné 197 prostituées, sans s'occuper de la présence ou de l'absence d'un écoulement visible. Il a trouvé dans 31,3 cas p. 100 le col utérin contaminé. — Dans 7 cas seulement sur le total, le vagin était atteint; l'urèthre l'était dans 113, dont 91 sans écoulement visible. Souvent, d'après

---

(1) W.-R. PRYOR. Latent gonorrhœa in women. *Journ. of cut. and. g.-u. diseases*, mars 1893, n° 3, p. 89.

lui, il faut une recherche patiente et des observations répétées.

Laser (1) a examiné 197 prostituées de Königsberg et fait 600 préparations ; 353 de ces préparations provenaient de l'urèthre, le gonocoque s'y rencontra 112 fois (soit 31,7 p. 100) dont 21 seulement correspondaient à un écoulement purulent net. Sur 180 préparations venant du vagin, 7 contenaient des gonocoques. Sur 67 venant du col, 21 (soit 41,3 p. 100) contenaient des gonocoques, et quatre fois seulement le résultat correspondait à des signes cliniques. En revanche, sur les 46 résultats négatifs, 2 correspondaient à une sécrétion épaisse, 2 à une sécrétion séreuse, 1 à de la rougeur.

Wvendensky (2) a montré que les écoulements du col peuvent être purulents sans contenir des gonocoques, et que réciproquement ils peuvent, bien que rarement, en contenir quoique muqueux. Ses recherches portent sur 306 prostituées de Saint-Pétersbourg, toutes présentant du catarrhe du col : dans ces catarrhes du col, les gonocoques furent trouvés dans 11,32 p. 100 des écoulements purement muqueux (qui représentaient 17 p. 100 du total), et dans 27,7 p. 100 des écoulements purulents ou muco-purulents. — 179 fois (soit 58,5 p. 100) le catarrhe du col était seul, et présentait alors des gonocoques dans 25,14 p. 100 des cas, bien que ce catarrhe isolé soit souvent considéré comme non contagieux. Les 127 autres fois, il était compliqué d'autres manifestations, savoir : 93 uréthrites (avec 39,8 p. 100 de gonocoques), 18 bartholinites (avec 72,2 p. 100), enfin 22 inflammations des lacunes de Guérin (contenant des gonocoques dans un seul cas).

A Lyon, Carrey (3) arrive à des conclusions identiques touchant la nécessité de l'examen microscopique :

(1) LASER. Gonoccocenbefund bei 600 Prostit. *Deutsche Med. Woch.*, 1893, p. 892.

(2) A. WVEDENSKY. Affections blennorrhagiques de l'urèthre, du col utérin et des glandes de Bartholin chez les prostituées. *Roussraia Meditzina*, 1894, 409 et 411.

(3) CARREY. Le gonocoque de Neisser au service sanitaire de Lyon. Étude sur la blennorrhagie chez la femme. *Lyon méd.*, 1894, 2, 3, 4.

En quatre ans, 278 filles affectées d'écoulements purulents ont donné lieu à 327 examens, dont le résultat a été 94 fois positif au point de vue du gonocoque, 233 négatifs.

Les 327 examens avaient montré 230 fois une seule sécrétion purulente, 233 fois deux, une fois trois (urèthre, utérus, vulve).

Sur ces 278 filles, 191 n'avaient pas de gonocoque ; 87 en présentaient.

Butner (1) conclut de même à l'insuffisance de l'examen macroscopique.

Kropytowski (2) examina 163 femmes ; 93, après avoir eu la blennorrhagie, étaient considérées comme saines ; 71 autres étaient regardées comme encore malades. Il trouva des gonocoques chez 9 de la première catégorie, et chez 5 de la seconde.

Nous arrêtons là ces citations assez démonstratives. Elles répondent suffisamment à la question posée autrefois par M. le professeur Fournier (3) à propos de l'étiologie de la blennorrhagie mâle : « Que penser enfin des cas où la femme est trouvée saine, absolument saine ? »

KYSTE DERMOIDE DU LIGAMENT LARGE

Par le Dr **Rendu** (de Lyon)
Chirurgien de l'hôpital Saint-Jean.

Le siège insolite d'un kyste dermoïde dans le ligament large m'autorise seul à publier l'observation suivante qui,

---

(1) Butner. Recherches relatives à la présence du gonocoque dans la sécrétion vaginale de la femme. *France méd.*, 9 février 1894.

(2) Kropytowski. Ueber die Haüfigkeit d. Vorkommen v. Gonokokken u. anderen Bakt. des Sekret. des Gebärmutterhalses gesund befundenen, Prostit. *Kronika lekarska*, 1895, n° 2, 3. Voir *Centralbl. f. Bakt.*, 1895, nos 4-5.

(3) Fournier. Art. Blennorrhagie du *Nouv. dict. de Méd. et de Chirurg.*, t. V, p. 134.

en soi, cliniquement ni chirurgicalement, n'a rien présenté de bien particulier.

Mlle B..., 42 ans, nullipare, sans profession, entre au milieu de mars 1896, à l'hôpital Saint-Jean, salle II, n° 5. Mal de Pott cervical à l'âge de 9 ans. Réglée à 17 ans, et depuis lors assez irrégulièrement, tous les 15, 30 à 60 jours (2, 3 jours chaque fois). Personne maigre et délicate, taille 1 m. 38.

Mlle B... a observé que son ventre prend depuis trois ou quatre ans un développement particulier. Actuellement, elle éprouve des tiraillements douloureux dans tout l'abdomen, surtout vers la région épigastrique où l'estomac est effectivement très comprimé par une tumeur qui remplit littéralement l'abdomen.

Circonférence ombilicale...........	82	centimètres	
Circonférence sous-ombilicale......	83	—	
Hauteur sus-pubienne..............	29	—	, dont

14 centim. au-dessus de l'ombilic.

La tumeur qui distend l'abdomen est ovoïde, à grand diamètre descendant de haut en bas et de gauche à droite. Elle est tendue, mais on y devine la fluctuation bien qu'on n'ait pas la sensation de flot. Juste à gauche et à côté de l'ombilic, il existe une plaque dure, de consistance osseuse, qui d'emblée fait penser à un kyste dermoïde de l'ovaire. Matité au niveau de la tumeur; sonorité très nette dans les lombes et à l'épigastre.

L'hystéromètre ne franchit pas au delà de 3 centim. Le toucher vaginal n'apprend rien de particulier; rien dans les culs-de-sac.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Rien au cœur.

17 mars 1896. *Opération*. Anesthésie à l'éther. Assistance du Dr Piante et de MM. Démiaz et Augros.

Incision médiane de la paroi abdominale dépassant l'ombilic. Le kyste se voit alors à travers une paroi séro-adipeuse plus ou moins épaisse et vascularisée, facilement déplaçable par rapport à la tumeur sous-jacente. Cette paroi n'est autre que le ligament large. Il s'agit, en effet, d'un kyste du ligament large gauche. Ponction au gros trocart de Spencer Wells; issue de 10 litres d'un liquide couleur café au lait, inodore, et recouvert à sa surface de paillettes de matières grasses. La décortication de la face antérieure ou superficielle est simple, comme on l'observe dans la plupart des kystes du ligament large, mais très laborieuse

dans les deux tiers de sa partie profonde où le manchon ligamenteux revêt, en outre, à sa surface externe, de nombreuses adhérences intestinales étalées, ainsi que des adhérences de la trompe, laquelle, pour mieux dire, se confond avec lui. Cette vaste cavité du ligament large ayant été souillée par le contenu du kyste et, de plus, présentant de petites hémorrhagies en nappe, je la bourre d'un Mickulicz iodoformé, puis la plaie abdominale est refermée au-dessus par une suture à trois plans.

Le kyste enlevé a les dimensions d'une grosse tête d'adulte. Il renferme, indépendamment du liquide café au lait, de la matière sébacée, des cheveux blonds (de 10 à 15 centim. de longueur) en paquets agglutinés et en quantité suffisante pour former un chignon du volume du poing, puis, inclus dans sa paroi, un os de la grosseur d'une noix, ne ressemblant à aucun os de l'économie et rappelant vaguement la forme d'une énorme molaire.

Les suites opératoires ont été des plus simples, et quelque temps après Mlle B... est partie parfaitement guérie. La température rectale, qui était montée à 38°,3 le lendemain de l'opération, a oscillé constamment depuis lors entre 37° et 37°,3.

Telle est, en peu de mots, mon observation.

Les kystes dermoïdes de l'ovaire ne sont pas d'une grande rareté. Olshausen, dans une statistique portant sur 2,275 ovariotomies pratiquées par Spencer Wells, Keith, Martin, Schröder, Billroth, etc,, a trouvé une fréquence de 3,5 p. 100. Moi-même j'en ai déjà observé quatre cas. Mais ici, il s'agit d'un kyste dermoïde du *ligament large*, ce qui est bien différent.

N'en ayant jamais observé, je me suis livré à quelques recherches bibliographiques desquelles il ressort que c'est là un siège absolument exceptionnel. Spencer Wells, par exemple, à côté des douze cas de kyste dermoïde des ovaires cités dans son ouvrage, n'en relate aucun appartenant aux ligaments larges. Lawson Tait rapporte l'histoire d'une femme de 37 ans, dont le kyste intra-péritonéal, renfermant des cheveux dans l'épaisseur de sa paroi, était entièrement soudé au péritoine pariétal et tout à fait indépendant de l'ovaire, mais indépendant aussi des ligaments larges. Pozzi

signale simplement la possibilité de ce siège et indique une observation de Sänger au *troisième Congrès des gynécologues allemands*, en 1889.

Enfin, la Revue de Hayem ne mentionne que deux cas, l'un d'Abel (*Berl. klin. Woch.*, 9 janvier 1893), et l'autre de Ferrand (*Bulletin Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, 1894).

Cet aperçu suffit pour établir que nous sommes bien ici en présence d'un siège tout à fait insolite des kystes dermoïdes.

Un second point à relever est celui de l'âge de ma malade. Quelle que soit la théorie invoquée pour expliquer la formation de ces kystes, que l'on admette avec Verneuil la théorie de l'enclavement durant la vie intra-utérine d'une partie d'un feuillet du blastoderme, laquelle donnerait ultérieurement lieu à une production désordonnée de ses produits naturels, ou bien, qu'avec Lawson Tait on ne voit là qu'un simple fait de parthénogénèse, toujours est-il que ces tumeurs, se développant et devenant en général apparentes après la puberté, semblent manifestement être en rapport avec le travail de la menstruation. Aussi, est-ce le plus ordinairement autour de 20 ans que le chirurgien est appelé à intervenir. Sur les douze cas de Spencer Wells la malade la plus âgée avait 39 ans. La malade la plus vieille dont on ait, je crois, relaté l'histoire, est une femme opérée à 45 ans par Lawson Tait. Mon opérée sort donc, également à ce point de vue, de la règle générale puisqu'elle est âgée de 42 ans.

Tels sont les deux traits que je tenais à souligner dans l'observation de cette malade.

Au point de vue clinique et opératoire, il n'y a rien de particulier à noter. J'avais fait le diagnostic du kyste *dermoïde* grâce à la présence du petit os que l'on sentait vers l'ombilic, mais l'idée ne m'était pas venue que ce pût être un kyste du ligament large ; je croyais franchement à un kyste dermoïde de l'ovaire. Cela ne fait que confirmer, du reste, ce que j'ai eu déjà l'occasion de dire dans d'autres circonstances, c'est que nous n'avons jusqu'ici absolument aucun signe certain permettant le diagnostic des kystes du ligament large.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

LA SUTURE DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

D'après le professeur **Fenomenoff** (1).

Le procédé opératoire adopté par le chirurgien de Kasan diffère des procédés classiques (2) par son principe même, c'est une fistulorraphie par dédoublement de la cloison vésico-vaginale ;

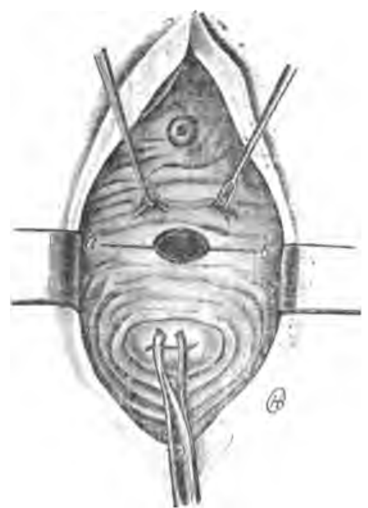


Fig. 1. Fig. 2.

aucune parcelle de tissu n'est sacrifiée pour l'avivement, la perte de substance vésicale et la perforation vaginale sont suturées séparément et l'affrontement est fait sans tension ; tels sont les traits principaux de la suture dont les différents temps sont représentés par les figures.

Une première condition commande l'exécution convenable de la suture, c'est l'accessibilité de la fistule et l'on a recours suivant

(1) *Vratch*, 1896, n° 21.

(2) La figure 1 représente schématiquement l'avivement plus ou moins oblique dans les procédés classiques.

les cas à la préparation éloignée de la région d'après Bozemann, à l'abaissement de l'utérus, aux incisions larges du vagin, à la symphyséotomie, à la symphysectomie temporaire de Nihans, à la laparotomie enfin dans quelques cas pour arriver sur la région atteinte.

La malade est opérée sous chloroforme, dans le décubitus dorsal en général, l'utérus fortement abaissé, la fistule bien dégagée ; une incision transversale (fig. 2) part à droite et à gauche de la fistule, plus ou moins longue suivant les cas, plus ou moins profonde suivant l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale qu'il s'agit de dédoubler ; on saisit à l'aide de pinces à griffes la lèvre inférieure de l'incision et l'on sépare au bistouri la paroi vésicale de la paroi vaginale dans toute l'étendue de l'incision et sur une pro-

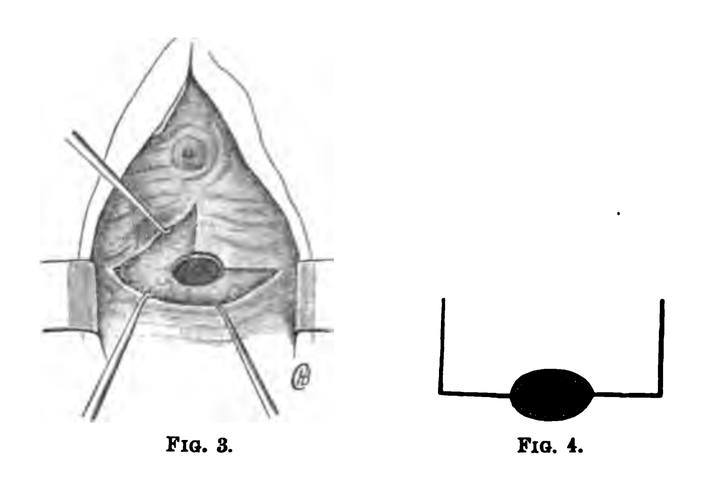


FIG. 3. FIG. 4.

fondeur suffisante pour rendre la paroi vésicale mobile (fig. 3) ; la même chose est faite du côté de la lèvre supérieure, mais dans cette direction le dédoublement serait souvent fort difficultueux si l'on tenait à ne faire qu'un décollement semblable ; il est plus utile et plus commode de tailler dans la paroi vaginale soit deux lambeaux en abaissant une incision verticale sur la fistule (fig. 3), soit un lambeau carré comme le montre la figure 4 ; par ce dernier procédé on amène au-devant de la fistule une paroi entière, ce qui a une certaine importance quand elle est mince et que ses bords suturés peuvent se sphacéler. Le prolapsus vésical considéré habituellement comme une complication, est au contraire souvent d'un grand secours, car il accompagne les grandes fistules à peu

près impossibles à suturer à cause de la rétraction du peu qui reste de la partie supérieure de la cloison vésico-vaginale ; il suffit de dédoubler le bord de la fistule et de remonter très peu haut pour que, dans certains cas, la hauteur de la cicatrice étant dépassée, la paroi vésicale prolabée descende sans aucune difficulté et vienne s'adapter au bord opposé de la fistule. Les lambeaux ainsi préparés, le suintement sanguin arrêté à l'aide d'éponges imbibées d'eau chaude ou de toute autre manière, on se trouve en présence de deux organes à réparer : la vessie et le vagin ; ce sont bien deux restaurations jusqu'à un certain point indépendantes, les lambeaux vésicaux pouvant fort bien se rapprocher et

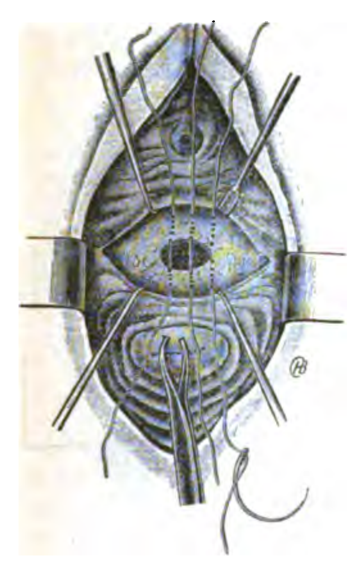


FIG. 5.

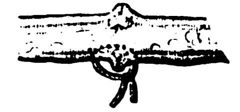


FIG. 6.

restituer la paroi vésicale, tandis que la paroi vaginale peut rester insuffisante sans compromettre le résultat définitif. Une suture perdue, au catgut, ferme la vessie (fig. 5), les fils étant placés tous avant d'être soigneusement serrés, ce qui n'est pas toujours aisé ; les fils sont passés en deux temps, à l'aide d'une aiguille simple plus ou moins courbe et la suture n'est abandonnée qu'après épreuve : la vessie est remplie de liquide qui ne doit pas suinter à travers la suture ; dans le cas contraire, on ajoute quelques points.

La figure 6 présente la coupe de cette suture. La plaie vaginale est réunie à la soie, au catgut ou à l'aide d'autre fil quelconque (fig. 7 et 8). Il va de soi que toutes les précautions antiseptiques sont prises avant et pendant l'opération ; le pansement consiste en un tamponnement vaginal à l'aide de gaze iodoformée ; l'opérée urine seule, garde le décubitus dorsal ou latéral à volonté ; la suture vaginale est enlevée le huitième jour ; il arrive que malgré la réunion en apparence parfaite il suinte quelques gouttes d'urine dans le vagin, mais dans la très grande majorité des cas ce suintement cesse spontanément au bout de peu de jours ; il

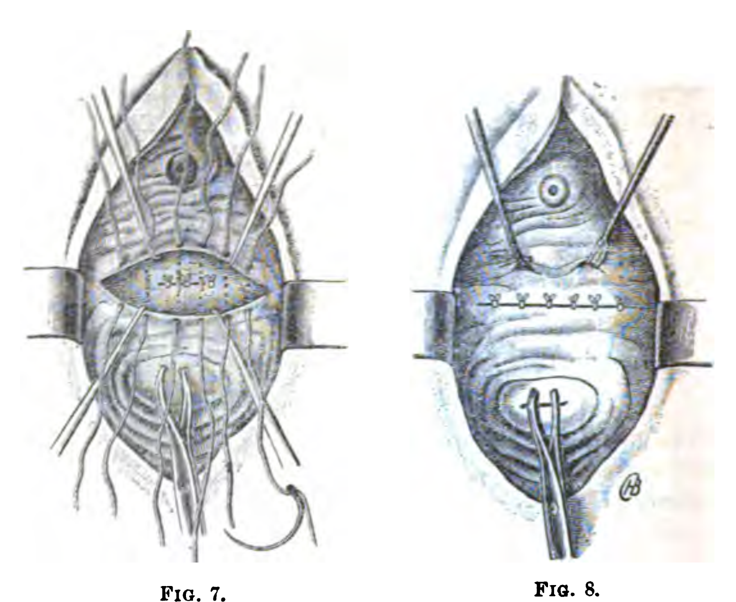


Fig. 7. Fig. 8.

est quelque fois utile de faire alors garder à la malade le décubitus ventral. En cas d'insuccès, l'opération est répétée à trois ou quatre semaines de distance, plusieurs fois s'il le faut. Dans un cas, il a fallu six interventions avant d'obtenir un résultat parfait ; il s'agissait d'une femme de 23 ans, très malheureuse d'une colpocleisis d'ailleurs insuffisante. Le vagin fut rouvert et la fistule énorme fermée avec peine ; quatre interventions consécutives ne réussirent pas à oblitérer une fistulette restée dans l'angle supérieur après la cicatrisation ; dans une dernière opération le chirurgien eut à nouveau recours au dédoublement, sutura la vessie à l'aide

de fils perdus et le vagin séparément : la cicatrisation fut alors parfaite.

Le même procédé a été appliqué à deux fistules vésico-utérines : incision du cul-de-sac antérieur, décollement de la vessie à l'aide du doigt et du bistouri, suture isolée de chaque organe au catgut, suture du cul-de-sac à la soie ; la guérison a été toute simple.

150 fistules vésico-vaginales ont été opérées à la clinique gynécologique du professeur Fenomenoff dans l'espace des dix dernières années et la fistulorraphie par dédoublement s'est montrée simple et sûre. L'idée première de ce procédé et son application heureuse et répétée appartient à Collis (1857) ; le Dr Ebermann, en Russie (1878), l'a préconisé à nouveau, sans avoir été suivi davantage des autres chirurgiens, et les traités classiques n'en font point mention.

Dr NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 *juin* 1896.

POZZI fait un rapport très documenté sur des mémoires de Duret et Fourmeaux (de Lille), concernant **les injections massives du sérum artificiel dans les septicémies opératoires et puerpérales.** Au point de vue historique, l'auteur du rapport a d'abord remis la question au point et montré que les deux précédents auteurs s'étaient fait illusion en croyant qu'ils avaient découvert une méthode thérapeutique nouvelle. La conclusion de ce rapport est la suivante : « Au point de vue pratique, il demeure établi, par un nombre considérable de faits, que le chirurgien (et peut-être le médecin) ont désormais dans l'emploi des injections salines à haute dose, un puissant moyen de combattre diverses infections. Assurément ce serait s'exposer à des mécomptes que de se laisser aller à de trop grandes espérances; mais il suffit de quelques succès bien démontrés (et on en a publié d'incontestables) pour engager à y avoir recours. On ne négligera pas tous les autres moyens thérapeutiques.

Quel est le mode d'action des injections salines dans les cas de

ce genre? Il est sans doute complexe. D'abord en relevant la pression intravasculaire, elles augmentent la force de résistance du malade, et lui permettent de continuer la lutte. Les organes hématopoiétiques peuvent ainsi fabriquer de nouveaux globules pour la phagocytose. Le rein, dont la sécrétion est augmentée, provoque l'élimination des toxines.

Quant à la technique des injections salines contre la septicémie, elle ne diffère pas de celle suivie dans les hémorrhagies. Ici encore le meilleur liquide me parait être la solution de chlorure de sodium à 10 p. 1000 employée aux mêmes doses par voie intra-veineuse dans les cas d'extrême urgence, par voie hypodermique à dose répétée dans les cas ordinaires. On peut injecter ainsi jusqu'à 2 et 3 litres en vingt-quatre heures. Mais je crois qu'il ne faut pas dépasser ces limites et qu'il y a eu, à ce point de vue, de véritables excès.

Discussion. — RE[illegible] a employé les *injections intra-veineuses dans un cas de rage confirmée.* Le lendemain d'une intervention chirurgicale, un enfant fut pris de crises convulsives rabiques: 1,300 grammes d'eau salée furent injectés dans la vessie. L'enfant, qui était agité et anxieux avant l'injection, se trouva mieux immédiatement après, s'apaisa et s'endormit. *Deux heures après, il était mort.* L. CHAMPIONNIÈRE et PINARD signalent les excellents effets, merveilleux parfois, qu'on obtient par les injections sous-cutanées d'eau salée dans les cas de choc, et d'anémie aiguë. Mais, ils font de grandes réserves, quant à leur efficacité dans les cas de septicémie. Dans ces cas, on a pu attribuer aux injections des guérisons qui auraient pu survenir sans elles. Pinard ajoute : « *les expériences de MM. Dastre et Loge ont montré que chez des animaux soumis à des intoxications, le lavage était absolument inefficace.* Les expérimentateurs n'arrivent pas à guérir les animaux infectés par le lavage du sang complet; il serait incompréhensible que nous guérissions nos malades en faisant encore moins, puisque nous ne faisons qu'un lavage du sang incomplet ». POZZI n'admet pas qu'il y ait parité entre les conditions où se sont placés ces expérimentateurs (quantité du liquide injecté, vitesse de l'injection, etc., sont très différentes) et celles où l'on est quand on traite les malades. L'injection intra-veineuse sous-cutanée de quantités relativement peu considérables de liquide, mais à plusieurs reprises, est tout

autre chose. Il a eu, personnellement, des résultats excellents des injections sous-cutanées de sérum artificiel dans des cas de septicémie commençante, et il pense qu'on ne saurait trop encourager cette pratique. PORAK pratique, depuis quelques années, les transfusions veineuses ou sous-cutanées d'eau salée à 7 p. 1000 dans des conditions multiples, surtout dans les cas d'éclampsie puerpérale. Il n'a tenté le traitement qu'une seule fois dans la septicémie puerpérale, et sans succès. PINARD et TARNIER insistent à nouveau sur les résultats positifs, tout à fait remarquables, qu'ils ont obtenus dans des cas où, à la suite d'hémorrhagies, la situation était considérée comme perdue. « *A la Maternité Baudelocque*, par exemple, dit Pinard, *de 1882 à 1893, nous perdions toutes les femmes qui nous étaient amenées en état d'anémie aiguë par hémorrhagie. Depuis 1893, j'emploie les injections sous-cutanées de sérum. Sur 17 femmes amenées en état d'anémie aiguë, aucune n'est morte.* Chez plusieurs, le réflexe cornéen était aboli. Je n'ai jamais eu besoin d'injecter plus de 1,400 grammes en vingt-quatre heures. » DUMONTPALLIER pense que si les injections de sérum artificiel dans le tissu cellulaire sont sans danger et peuvent être utiles dans les hémorrhagies puerpérales qui paraissent devoir être mortelles, il convient d'être réservé et d'attendre pour avoir une opinion favorable sur les injections intra-veineuses massives dans les empoisonnements, quelle qu'en soit la nature.

PÉAN dit que, comme conclusion de ce débat, il semble que l'on soit d'accord pour considérer les injections salines sous-cutanées comme merveilleuses dans les hémorrhagies, et comme pouvant être employées dans les septicémies à titre d'adjuvant utile. Quant aux injections intra-veineuses, les merveilleux succès annoncés sont restés isolés, et il vaut mieux, croit-il, en revenir aux simples injections sous-cutanées. R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 11 *juin* 1896.

M. BRINDEAU. **Le détroit moyen.** — L'auteur délimite le détroit moyen par un plan passant par les épines sciatiques et les quatrièmes tubercules sacrés. Ce plan coupe généralement la symphyse pubienne au niveau de son tiers inférieur ; de plus, il va passer en arrière, très près de l'articulation de la quatrième et de

la cinquième vertèbre sacrée. Il existe, à l'état normal, un rétrécissement de l'excavation au niveau du détroit moyen. Ce rétrécissement porte surtout sur le diamètre bi-sciatique, qui est de 10 c. 8 au lieu de 12 à 13 c. que l'on constate au niveau du diamètre bi-ischiatique.

Le détroit moyen est rétréci dans tous ses diamètres dans les bassins cyphotiques ; dans certains cas même la distance bi-sciatique peut être inférieure à la distance bi-ischiatique, ce qui peut amener l'arrêt de la partie fœtale au niveau de ces parties osseuses.

Dans les bassins asymétriques, le bassin de Nægelé, par exemple, où ce rétrécissement atteint son maximun, l'atrophie de l'articulation du sacrum amène une diminution du diamètre transversal de toute l'excavation et en particulier du diamètre bi-sciatique.

Le pronostic du rétrécissement du détroit moyen est en général très grave. Dans quelques cas, la pression sur les apophyses sciatiques est tellement prononcée qu'elle peut amener des déchirures de la paroi vaginale ou des lésions du cuir chevelu du fœtus.

Discussion. — BUDIN fait remarquer que, par suite du relâchement des symphyses, ces rétrécissements se corrigent parfois au moment de l'accouchement. Il insiste sur ce fait, que la saillie des épines sciatiques n'est perceptible qu'à la fin de la grossesse, alors que les ligaments sont ramollis. Au début ou en l'absence de grossesse, ceux-ci forment une ligne rigide, qui se continue avec les épines osseuses et en masque la saillie.

M. POITOU-DUPLESSIS. **Faradisation de l'utérus.** — S'inspirant des essais faits autrefois par de Saint-Germain à la Maternité de l'hôpital Cochin, M. Poitou-Duplessis est arrivé à accélérer les contractions utérines chez une femme dont le travail traînait en longueur. Il a employé la pile de Gaiffe au bisulfate de mercure. Un des pôles fut appliqué sur l'abdomen, l'autre représenté par un conducteur recouvert de gutta-percha, à extrémité libre métallique, fut introduit au contact du col utérin.

Le résultat fut aussi heureux que rapide, les contractions utérines non seulement furent réveillées et énergiques, mais elles se maintinrent après la cessation du courant électrique qui ne dura pas plus de cinq minutes. Le col se dilata rapidement et

permit bientôt l'introduction du forceps. L'auteur a encore employé ce procédé avec succès dans deux cas d'hémorrhagies tardives du post-partum.

M. Pichevin rapporte l'histoire d'une femme qui entra à l'hôpital pour une **tumeur inflammatoire située dans le cul-de-sac postérieur.** Au bout de quelques jours il survint une arthrite du poignet présentant tous les caractères d'une arthrite blennorrhagique. On incise le cul-de-sac postérieur, on ouvre une trompe pleine d'un pus contenant des gonocoques et des staphylocoques. Le lendemain, chute de la température et disparition de l'arthrite. Cette observation tend à démontrer que, dans le rhumatisme blennorrhagique, il est bon de traiter la blennorrhagie dans son siège. M. Rendu a souvent remarqué que certaines arthrites blennorrhagiques étaient favorablement modifiées par des injections uréthrales au permanganate.

Chez une autre femme accouchée depuis un mois et atteinte de blennorrhagie uréthrale, un ganglion qui existait à la région sous-claviculaire depuis l'âge de 9 ans, s'enflamma et s'abcéda. Dans le pus de l'abcès on trouva des gonocoques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN

Discussion sur la péritonite blennorrhagique diffuse.

Brœse attire l'attention sur une forme de péritonite généralisée, jusqu'à présent peu connue, bien que, par son évolution et son pronostic, elle soit une forme bien spéciale de péritonite diffuse: c'est la péritonite blennorrhagique. Il y a quelques années, on niait encore que le gonocoque de Neisser pût à lui seul, sans infection secondaire, produire la péritonite. Pour la première fois, Wertheim, dans son travail sur la « Blennorrhagie ascendante chez la femme » (*Archiv. f. Gyn.*, 1892) prouva sûrement que le gonocoque, à lui seul, peut produire des péritonites circonscrites, idée qui avait été déjà émise par Nœggerath. Wertheim parvint, en introduisant de petits fragments de culture (sérum, agar) de gonocoque dans la cavité péritonéale de souris blanches et de cochons d'Inde, avec toutes les précautions aseptiques nécessaires, à produire une péritonite, il est vrai toujours circonscrite. Sur les animaux en expérience on

trouva, déjà vingt-quatre heures après l'inoculation, sur les deux feuillets du péritoine, un exsudat séro-purulent, par places une légère hyperhémie, de petites ecchymoses et on put trouver des gonocoques en masse. Les cultures faites avec le pus de cette péritonite donnèrent aussi tous les caractères des cultures de gonocoques. Brœse ajoute que, dans les soixante expériences que fit Wertheim sur des animaux, il n'y eut jamais un seul cas de mort et que, contrairement à ce qui se produit avec le staphylocoque ou le streptocoque, la péritonite resta toujours nettement locale. Wertheim parvint aussi à déceler des gonocoques dans la séreuse et dans la couche sous-séreuse des trompes prises sur le vivant. En 1893, Menge, à la Société obstétricale de Leipzig, annonça que, dans un cas où l'utérus rétrofléchi avait des annexes de la grosseur d'une noisette, après le redressement, il se déclara une péritonite généralisée. On porta le diagnostic de péritonite par rupture des trompes purulentes, et la laparotomie fut faite par Zweifel. On trouva une double pyosalpingite et un commencement de péritonite généralisée. On trouva des gonocoques dans le pus de la salpingite par les cultures, tandis que les préparations sur lamelles ne donnèrent rien. Menge croit que, dans ce cas, il faut plus incriminer les ptomaïnes que les microbes eux-mêmes. Veit, dans un travail intitulé « Gonorrhée aiguë chez la femme » (*Dermatolog. Zeitschr.*), annonça que, dans cinq cas, une péritonite généralisée s'était déclarée pendant les couches, et après l'infection blennorrhagique aiguë. Aussitôt après cette infection, on avait vu le tableau clinique habituel de la péritonite généralisée se dérouler (météorisme, abattement; douleurs intenses à la palpation, fièvre jusqu'à 39°, pouls petit, fréquent). Par ces symptômes apparus dans un temps relativement éloigné des couches, on devait différencier ces cas de la péritonite septique puerpérale ordinaire. Après une évolution orageuse d'un à deux jours, les symptômes s'amendèrent et une lente évolution se produisit, avec formation d'un exsudat intra-péritonéal ou de pyosalpingite. Veit explique l'évolution brusque de cette maladie par les rapports anatomiques spéciaux des organes génitaux après l'accouchement. Brœse accuse surtout les lochies, qui offrent un bon terrain de culture pour le gonocoque. Il a, dans ces dernières années, observé deux cas de péritonite généralisée ou puerpérale consécutifs à l'infection gonococcique. Le premier

cas concerne une fille de 27 ans, qui, le 12 avril 1892, entra à la clinique pour une *bartholinite* gauche. Après l'incision, on trouva des gonocoques dans le pus. La patiente souffrait encore d'une uréthrite avec catarrhe cervical et aussi d'une inflammation du canal excréteur de la glande droite de Bartholin. Le 22 juin 1892, on constata une pelvi-péritonite, dont la malade souffrait déjà depuis quelques semaines. Elle quitte l'hôpital le 29 juillet 1892 ; l'utérus est fixé en rétroflexion, les annexes formant une tumeur de la grosseur d'une noisette. Le 2 janvier 1894, la malade se représenta avec de grandes douleurs dorso-lombaires, l'utérus était toujours rétrofléchi, les annexes n'avaient pas augmenté; du pus sortait encore d'une petite cavité près de l'urèthre. Le 4 janvier 1894, on réduit l'utérus par la méthode de Schultze, sous le chloroforme. Le soir, violentes douleurs; température, 38°,5; vingt-quatre heures après, un commencement de péritonite se déclara. Le lendemain, les symptômes s'aggravèrent; tympanite généralisée, abattement, grande sensibilité de tout l'abdomen, pouls 120; aucun doute sur la réalité de la péritonite. L'assistant de Brœse penchait pour la laparotomie; cependant, se basant sur l'évolution de la maladie, Brœse attendit et, quatre jours après, grâce à la glace et aux calmants, une amélioration se produisit; au septième jour, le pouls et la température étaient redevenus normaux. Dans ce cas, la cause de la péritonite était la même que dans celui de Zweifel, c'est-à-dire la rupture de la pyosalpingite, pendant le redressement de l'utérus. Comme on ne peut pas toujours savoir si les gonocoques, qui se trouvent dans les adhérences et les trompes, sont morts, les manœuvres de l'opération de Schultze exposent à une exacerbation de l'ancienne pelvipéritonite. Le second cas de Brœse est plus intéressant. Une dame de 40 ans consulta Brœse, le 4 mai 1894, pour des métrorrhagies, des pertes blanches et des douleurs dans le côté droit, durant depuis six à huit semaines. On pouvait faire sourdre de l'urèthre un pus épais où l'on trouva des gonocoques. L'utérus se trouvait à droite, les annexes droites étaient épaissies et douloureuses. Dans l'idée qu'il s'agissait d'une salpingite droite suppurée d'origine blennorrhagique, on recommanda le repos au lit. Quatre semaines après, amélioration. Mais sur ces entrefaites, des douleurs apparaissent à gauche; les annexes gauches sont de la grosseur d'un œuf de poule, et très douloureuses. Le

10 juin, Brœse est appelé par le médecin de la maison, parce que la malade, depuis douze heures, souffre de fortes douleurs dans le ventre. Maintenant, on a le tableau très net de la péritonite généralisée, pouls petit, 112-120; température, 38°,2. Le ventre est tendu, dur, très douloureux, l'aspect misérable, abattement considérable. En contradiction avec le médecin de la maison, qui croyait à la rupture d'une pyosalpingite et voulait qu'on fît la laparotomie, Brœse, persuadé qu'il s'agissait d'une péritonite blennorrhagique, porta, même dans la laparotomie, un pronostic favorable. Tout d'abord l'état empira, l'abattement, la tympanie augmentent; l'état paraît désespéré; cependant Brœse maintient son diagnostic et son pronostic, du reste confirmés par Veshansen, appelé peu après. En effet, au cinquième jour, amélioration; la sensibilité et l'abattement diminuent; au sixième jour, des gaz sont rendus (jusque-là il y avait eu occlusion complète); bientôt, tous les symptômes péritonéaux disparaissent. Le 3 juillet, Brœse confirma son diagnostic de rétroflexion utérine, qui, du reste, gêne peu. La blennorrhagie est guérie. Il y avait donc eu, dans ce cas aussi, une péritonite généralisée consécutive à l'infection gonococcique, ce qui est très rare, puisque, comme l'a établi Wertheim, le gonocoque ne fait que de la péritonite circonscrite (pelvi-péritonite). Brœse croit pouvoir conclure, d'après les observations précédentes, qu'il existe chez la femme, aussi bien pendant qu'en dehors de l'état puerpéral, des péritonites gonococciques généralisées, et qui sont bien des espèces de péritonites spéciales; si elles ne se différencient pas des péritonites à streptocoques et à staphylocoques, ni par l'anatomie pathologique, ni par les symptômes, elles en diffèrent cependant par leur intensité beaucoup plus considérable, qui cependant entraîne un pronostic bénin. Les symptômes, qui sont d'abord très alarmants, rétrocèdent peu à peu et les malades guérissent bientôt, jusqu'à ce que d'autres altérations se produisent dans les organes génitaux (pyosalpingite, adhérences). Le diagnostic de cette affection n'est pas toujours facile, on ne peut le faire avec certitude que lorsqu'on peut écarter toute autre cause de péritonite aiguë, et que l'on peut prouver l'existence d'une infection génitale blennorrhagique (par le microscope). On peut aussi, après coup, d'après l'évolution bénigne du mal, faire un diagnostic de vraisemblance. Le pronostic, d'après Brœse, est très bénin. La thérapeutique

doit être expectative puisque la péritonite blennorrhagique guérit d'elle-même. On ne doit, d'après l'auteur, jamais se laisser aller à faire la laparotomie, pour des ruptures de salpingites que l'on peut reconnaître comme blennorrhagiques. Brœse est, du reste, contre la laparotomie dans la péritonite diffuse en général. Il croit que, dans ces cas, vu les violences auxquelles sont exposés, dans ces opérations, le péritoine et l'intestin, la laparotomie fait plus de mal que de bien.

KIEFER croit que Brœse n'a pas absolument prouvé dans les deux cas précédents, qu'il s'agit bien d'une péritonite à gonocoques. Pour l'établir nettement, il faut prouver, bactériologiquement, qu'il y a du gonocoque dans tout le péritoine et qu'il y a eu une péritonite généralisée. Cela a été impossible dans ces cas, puisqu'ils ne se sont pas terminés par la mort. Kiefer, étant assistant de Martin, a pu établir dans 10 cas sur 11 de salpingite suppurée rupturée, l'existence du gonocoque en culture pure. 5 de ces malades n'ont, pendant tout leur séjour à la Clinique, pas eu une seule élévation de température, 3 malades ont eu jusqu'à 38°,5; le pouls ne dépassa jamais 90 à 100; la température observée la plus élevée fut 38°,8. Les expériences de Wertheim ne prouvent pas beaucoup non plus, car elles n'ont trait qu'à des animaux, et l'on sait qu'ils sont presque réfractaires au gonocoque. Les péritonites mentionnées ne se présentent qu'en foyers encapsulés. Il n'y a donc pas de cas de péritonite par le gonocoque absolument seul, car même le cas de Menge ne peut valoir comme tel, puisqu'il n'a pu prouver l'existence du gonocoque.

LEWIN ne met pas en doute l'exactitude des recherches de Brœse, mais bien qu'il ait à la Charité un service de 150 à 200 femmes, il n'a jamais vu de pareilles péritonites. Celles qu'il a vues étaient des péritonites ordinaires.

BAGINSKY a observé un grand nombre de vulvo-vaginites chez les enfants, et malgré cela, il n'a jamais eu l'idée qu'elles puissent donner lieu à de la péritonite. Tous ces cas guérissent sans de pareilles complications bien que, à vrai dire, lentement. Il a cependant observé 1 cas d'une telle péritonite. Il s'agissait d'une forte jeune fille de 11 ans, qui montra dès l'abord des symptômes de grave péritonite généralisée, abattement considérable, ballonnement du

ventre, collapsus. Du côté gauche de l'abdomen on sentait une tumeur qui, en la touchant par le rectum, montrait de la fluctuation en un point; cependant Glück, en palpant sous le chloroforme, ne trouva aucune fluctuation. On ne fit pas d'autre opération qu'une ponction exploratrice par le rectum, qui ne donna pas de pus. L'enfant mourut dans le collapsus. On trouva dans le pus du gonocoque et du staphylocoque. Il ne s'agissait donc pas de vulvo-vaginite simple, mais d'une forme à microbes associés. Il est étonnant du reste, que cette enfant ait succombé avec de pareils symptômes. Il s'agissait d'une collection purulente dans le cul-de-sac de Douglas, et de salpingite suppurée. Dans les ovaires, il y avait deux petites collections de pus. Dans la littérature anglaise, on trouve aussi 2 cas, où des enfants succombèrent à de pareils symptômes de péritonite, à la suite d'une vulvo-vaginite.

Dührssen est d'accord avec Brœse et croit qu'il s'agit bien là de complications gonorrhéiques. Il a vu lui-même 2 cas où il remarqua les mêmes symptômes que Brœse. Dans les 2 cas, il s'agissait de femmes contaminées par leurs maris et qui offrirent spontanément des symptômes typiques d'infection gonorrhéique. Les 2 cas furent traités par l'expectation et il vit aussi, comme Brœse, le moment où tous les symptômes rétrocédèrent. La preuve certaine de l'existence des gonocoques, comme le dit Kiefer, serait très désirable, puisque les malades guérissent. Cela ne prouve du reste pas l'existence du gonocoque; il est cependant important d'esquisser un tableau clinique de la maladie, et on peut rester dans le doute au sujet de la diffusion du gonocoque dans tout le péritoine. Il n'est pas d'avis, comme Kiefer, que la pyosalpingite rompue donne toujours naissance à de la péritonite. De pareils cas sont le plus souvent anciens et ont une tendance à s'encapsuler. Mais par contre, les cas aigus sont bien plus dangereux pour la péritonite, car la trompe n'est pas encore complètement fermée et le pus communique avec le péritoine par l'ostium abdominal encore ouvert.

Landau remarque que la péritonite circonscrite consécutive à la gonorrhée est une chose bien connue; il ne reste qu'un point douteux, c'est de savoir si le gonocoque agit seul ou associé aux staphylocoques et streptocoques. Le rapporteur croit avoir isolé du

grand nombre des péritonites circonscrites et diffuses un type clinique qui est bien caractérisé et différencié des autres infections péritonéales, par son étiologie, son évolution, son pronostic bénin, et les résultats heureux de la thérapeutique expectative. Landau croit devoir répondre au rapporteur à ce sujet. Il est vrai que nous sommes loin maintenant du temps où on ne connaissait que la péritonite rhumatismale et la péritonite traumatique. Mais c'est un peu brusquer les choses que de prétendre, dans une fougue toute bactériologique, que nous en sommes arrivés à pouvoir distinguer les cas où la péritonite est produite par le streptocoque ou par le gonocoque. Toutes ces formes peuvent se ressembler, elles ne *doivent* pas, mais elles peuvent. On ne peut pas au seul aspect de type clinique, dire de quelle forme il s'agit, sans le contrôle des cultures. Puisque dans les 2 cas de Brœse, il s'agit de deux utérus rétrofléchis, que l'on a essayé de réduire, ceci suffit à expliquer la péritonite, que l'on doit redouter dans les cas de traumatismes si l'opération est trop brusque et violente.

Landau rappelle de pareils cas, par exemple, de grossesses tubaires avec épanchement sanguin et péritonite consécutive et les cas nombreux où il survient une inflammation de l'utérus et du péritoine, et où la malade ne peut même pas être soupçonnée, puisqu'il s'agit d'un vagin fermé. Landau a pu constater assez souvent dans l'atrésie complète de l'hymen que les malades pouvaient faire de la péritonite localisée et diffuse, qui les tuaient, si on n'intervenait pas par une opération. Il s'ensuit que nous ne sommes pas encore en mesure de pouvoir dire, au seul aspect de la maladie et par la présence d'une blennorrhagie, qu'il s'agit bien de péritonite blennorrhagique.

Brœse a encore observé un cas de péritonite blennorrhagique spontané qui ne fut soumis à aucune intervention opératoire. Il est du reste d'avis que les cas de Veit viennent corroborer son opinion, ces cas où une infection blennorrhagique aiguë s'était produite par des rapports sexuels pendant les couches. Ces cas donnent à réfléchir et font croire sinon absolument, du moins très vraisemblablement que la péritonite a été causée dans ces cas par la blennorrhagie seule. Du reste, Brœse a voulu attirer l'attention de ses collègues sur de pareils cas. P. Lecène.

REVUE ANALYTIQUE

Des adénomyômes et des kystadénomes des parois de l'utérus et des trompes. — A l'aide d'investigations patientes, qui ont duré quatre années et qui ont porté sur 34 cas, Recklinghausen est parvenu à établir nettement l'autonomie de tumeurs qu'il décrit sous le nom d'adénomyômes et de kystadénomes (1).

DÉFINITION. — Sous le nom d'*adénomyômes*, Recklinghausen étudie, exclusivement, les *masses myomateuses de l'utérus, caractérisées par la présence de vraies glandes*, tumeurs qui se transforment en kystadénomes dès qu'elle donnent lieu à la formation de kystes que leur épithélium cylindrique de revêtement permet de faire dériver de ces éléments cylindriques. Il laisse de côté les myômes kystiques par liquéfaction, ramollissement du tissu musculaire ou par dilatation des espaces lacunaires ou des vaisseaux lymphatiques.

D'autre part, les éléments glandulaires de ces tumeurs sont exclusivement des glandes utriculaires ou tubuleuses, qui, par leur forme et la nature de leur épithélium, se rapprochent des glandes de Lieberkühn, des canalicules urinaires, et surtout des glandes utérines.

HISTORIQUE. — On a déjà, à plusieurs reprises, signalé la présence de glandes de cette espèce, de cônes, de bourgeons épithéliaux dans les tumeurs de la paroi utérine, et marqué leur importance au point de vue du développement des tumeurs en général (travaux de Babes, Diesterweg, Hauser, Schottlœnder). En particulier, depuis le travail de Babes (1882), on s'est beaucoup demandé si la présence de ces éléments glandulaires dans ces tumeurs n'était pas la conséquence d'anomalies de lieu survenues au cours de la vie embryonnaire, de germes erratiques, d'inclusions d'épithéliums muqueux et glandulaire? Jusqu'à quel point est-on fondé à voir dans ces inclusions de structures glandulaires l'expression d'une dégénérescence cancéreuse des myômes

(1) F. RECKLINGHAUSEN. *Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus und Tubenwendung.* Berlin, 1896.

utérins (travaux de Klob et Röhrig) ? Également, les tumeurs de l'utérus que Rokitansky a décrites sous l'étiquette de « cystosarcome adénoïde utérin » à cause d'une « néoformation de glandes utérines », doivent être l'objet d'un même examen. Sur de simples cystomes, qui étaient situés dans ou sous la paroi utérine, l'examen anatomique a démontré l'existence d'un revêtement épithélial particulier, d'un épithélium cylindrique, pourvu même de cils vibratiles (Diesterweg, Schröder, C. Ruge). Et, comme ces cellules avaient ces caractères communs avec les épithéliums du tractus génital, on a cherché à faire dériver les kystes de l'utérus de cette espèce de tissus embryonnaires, canal de Müller ou de Gartner. Il convient autant de soumettre à une même critique les observations plus analogues rapportées par Chiari, Baraban et Pilliet, de tumeurs renfermant des glandes et des kystes, tumeurs développées à l'extrémité interne et à l'isthme des trompes. Enfin, il y aura lieu d'étudier, parmi les kystes miliaires et multiples de la séreuse, ceux qui sont pourvus d'un épithélium cilié et qui sont situés en dehors de la séreuse et qui, dans ces derniers temps, ont été particulièrement étudiés par Pfannenstiel.

***

Ces recherches qu'a poursuivies Recklinghausen durant quatre années, ont été inspirées par un cas d'extirpation, particulièrement difficile, pratiquée par W. A. Freund et dont il avait été témoin. Au cours de l'opération, il fut frappé par la constatation d'un kyste, à contenu liquide, brun-noir; et son attention étant ainsi éveillée, il put, à l'examen de la pièce fraîche, reconnaître que, dans la paroi utérine hypertrophiée, il y avait des tubes glandulaires, pourvus d'un épithélium cylindrique haut, que cet épithélium était abondamment pourvu de cils, et qu'en outre le contenu brun-noir d'un canal cystique renfermait de volumineuses cellules sphériques, colorées par de nombreuses granulations jaunes et brunes, véritables cellules pigmentaires. Il put étudier aussi, sur la pièce conservée dans le liquide de Müller, la structure intime, l'histologie de la tumeur. Ultérieurement, il eut à sa disposition plusieurs tumeurs myomateuses de l'utérus dans lesquelles existaient encore des éléments glandulaires, et leur examen ne fit que le fortifier dans l'idée qu'il avait émise dès 1894, que les éléments

glandulaires de ces tumeurs de l'utérus et des trompes dérivent du corps de Wolff.

Parti de cette idée, l'auteur ne s'est pas borné à n'étudier, dans chaque cas, que la tumeur elle-même, mais il a, systématiquement, soumis à son investigation toutes les autres régions des organes génitaux féminins dans lesquels se rencontrent chez l'adulte des restes du corps de Wolff, tout particulièrement le col utérin, au point de vue de la présence des canaux de Gartner, et le parovaire, au point de vue de la présence de kystes et d'autres anomalies. *Avant tout, il s'est imposé comme première tâche de fixer le siège et le mode d'extension des adénomyômes dans l'appareil génital de la femme.*

Mais, pour être clair, il a pensé qu'il devait dans la description des conditions anatomiques, ne s'occuper que des parties du tractus génital correspondant aux tumeurs dont il s'agit ici et qu'il croit, dans une première classification, devoir grouper de la façon suivante : 1° tumeurs volumineuses ; 2° tumeurs plus petites du corps de l'utérus ; 3° tumeurs des angles tubaires de l'utérus ; 4° tumeurs des trompes.

II. — **Description des tumeurs observées**. Suit un très long chapitre consacré à la relation des 34 observés, que l'auteur expose successivement par groupes d'après la classification précédente. Ce chapitre qui contient tous les matériaux très intéressants de ce travail, doit être lu dans le texte. De nombreuses figures, très claires, annexées à l'ouvrage, permettent au lecteur de suivre très aisément les descriptions histologiques, très minutieuses, qui accompagnent chaque observation.

III. — **Structure des adénomyômes**. — 1) *Conditions anatomiques générales.* Les *adénomyômes* sont des tumeurs de bonne nature. L'observation clinique montre qu'ils ne se rencontrent que dans les trompes et l'utérus, c'est-à-dire dans les portions du canal génital pourvues de couches musculaires puissantes, et principalement sur le corps de l'utérus en tant que région qui fournit, presque exclusivement, l'assise, la matrice des tumeurs fibreuses. Les tumeurs de petit volume siègent de préférence dans les couches externes de la paroi. Plus volumineuses, elles dissocient les éléments de la paroi, et finissent par devenir surtout intra-pariétales.

Macroscopiquement, les adénomyômes se distinguent des

myômes ordinaires, lesquels ont une forme arrondie, bien délimitée (myômes sphériques), en ce qu'ils se continuent avec le tissu utérin; ils donnent l'impression de « *fibroïdes utérins infiltrés* ». Ils siègent souvent, surtout dans le stratum vasculaire, sans que leur extension soit pourtant toujours nettement liée à la marche des vaisseaux sanguins.

Recklinghausen divise, d'après leur structure, les adénomyômes en : 1° *durs*, le tissu musculaire y domine; 2° *kystiques*, cavités nombreuses, macroscopiquement constatables ; 3° *mous*, tissu adénoïde fortement développé, avec des îlots parfaitement visibles à l'œil nu, formés en partie de tissu glandulaire et de tissu connectif cytogène, abondant, mais avec très peu de kystes ; 4° *les plus mous*, constitués par du tissu adénoïde richement vascularisé, à peu près dépourvus de kystes, et auxquels l'épithète : télangiectasique ou même angiomateux peut être appliqué.

En général, les adénomyômes du corps de l'utérus siègent à la face postérieure et peuvent occuper jusqu'au fond de l'organe. Ceux, au contraire, qui se développent au niveau des angles des trompes siègent aussi souvent sur la paroi antérieure que sur la paroi postérieure, mais la masse principale de la tumeur est toujours située dans la tunique adventice de l'oviducte.

Extérieurement, ils proéminent, en général, le plus fortement du côté de la paroi supérieure.

L'auteur divise les tumeurs des angles tubaires en deux groupes : 1) *adénomyômes blancs*; 2) *adénomyômes mous, rouges télangiectasiques*.

Il résume ses observations sur la formation et l'extension des adénomyômes dans les propositions suivantes : au niveau de l'utérus, ils occupent de préférence la paroi postérieure, aux angles des trompes, la paroi supérieure. Tantôt, ils naissent de centres générateurs et constituent des masses considérables, de préférence dans le stratum vasculaire et dans les couches périphériques de la paroi, tantôt ils dérivent de plusieurs foyers, ont des centres de génération nombreux et voisins. Dans ce dernier cas, ils n'ont pas de ligne de démarcation nette avec les tissus voisins et ne se cantonnent pas dans des couches spéciales de la paroi de l'utérus. Ils peuvent même s'étendre presque dans les couches les plus profondes de la matrice, des trompes et, alors, donner lieu à des tumeurs *centrales* (centrale Tumoren).

A cause de leur structure histologique semblable à celle des corps de Wolff, l'auteur range les adénomyômes parmi les tumeurs organoïdes (de Virchow).

Caractères histologiques. L'élément anatomique, essentiel de la portion glandulaire de la tumeur, c'est le tube glandulaire pourvu d'un épithélium cylindrique, à une seule couche. Les tubes glandulaires sont tantôt rectilignes, tantôt sinueux ou contournés. Souvent, ils présentent comme des dilatations, des varicosités. Sous tous les rapports, ils ressemblent aux canalicules urinifères des reins proprement dits, ou aux tubes glandulaires des corps de Wolff. Pour cette raison, et d'après la division adoptée par Mihalkowics pour les corps de Wolff, Recklinghausen les distingue en : *a*) canaux *collecteurs*, ceux qui sont les plus étroits, rectilignes et pourvus d'un épithélium haut ; *b*) canaux *sécréteurs*, plus larges, pour la plupart contournés, et à épithélium inférieur ; *c*) *renflements terminaux* (Endkolben), extrémités fungiformes de ces canaux, à épithélium mince, presque pavimenteux et à une seule couche ; *d*) dilatations; dans tous les points où la disposition anatomique était la plus nette, l'auteur constata, parmi les éléments glandulaires, un canal principal — fragmenté, il est vrai, — et sur lequel, d'un seul côté et en série simple, se branchaient des canaux secondaires, en sorte que l'ensemble avait une forme pectinée (en forme de peigne, kammformige).

Les canalicules glandulaires sont situés au sein d'une masse adénolymphoïde (His, tissu cytogène de Kölliker), semblable à celle de l'utérus et de la muqueuse intestinale.

Les canalicules forment en certains points des ampoules et des kystes (kystes en massues terminales, Endkolbencysten). Au niveau de ces derniers éléments le tissu cytogène fait défaut, en sorte que le plus souvent la couche épithéliale repose directement sur les fibres musculaires. D'autre part, à mesure que le tissu cytogène se raréfie, diminue, les cellules épithéliales deviennent d'un ordre de plus en plus inférieur.

Au niveau de la paroi externe, convexe de chaque ampoule, l'épithélium, de cylindrique, s'est réduit à un épithélium pavimenteux, à une seule couche.

Aussi bien dans les dilatations ampullaires que kystiques, mais surtout dans ces dernières, existent fréquemment des cellules volumineuses, presque sphériques, jaune paille, à contenu gra-

nuleux, corps pigmentaires, également des sphères hyalines, des granulations pigmentaires libres et des globules rouges du sang.

L'impression générale est qu'il y a, dans ces tissus, des éléments glandulaires qui seraient capables de fonctionner. Mais, l'auteur n'a relevé aucune marque nette d'activité sécrétoire.

Le tube glandulaire commence par un renflement terminal (Endkolben), se continue par le canal sécréteur, lequel est la plupart du temps contourné ou sinueux, puis devient plus petit, se rétrécit, constituant le canal collecteur qui a une direction rectiligne.

Des canaux secondaires peuvent s'aboucher soit dans la portion contournée soit dans la portion rectiligne du tube glandulaire. Deux, trois et plusieurs canalicules collecteurs se réunissent pour se continuer dans un canal principal et s'abouchent dans une ampoule. L'auteur n'a jamais observé une fusion d'ampoules en un canal principal plus important, véritable canal de Gartner.

Recklinghausen qualifie cette disposition des canaux glandulaires, « en ordre réuni », pourrait-on dire (Anordung geschlossene) par opposition à une disposition inverse (ordre dispersé, a.zerstreute) où l'on voit, çà et là, des tubes glandulaires isolés, séparés les uns des autres par du tissu musculaire néoformé et abondant. L'auteur, en conséquence, distingue, d'après leur structure anatomique, deux espèces d'adénomyômes.

Quand les tubes glandulaires sont réunis entre eux, la substance musculaire prolifère d'une manière plutôt indépendante. Mais l'hyperplasie simultanée, parallèle des deux tissus constituants a pour effet que les adénomyômes tranchent sur les autres tissus comme des tumeurs parfaitement délimitées. Par contre, quand les tubes glandulaires sont disséminés, le tissu musculaire de nouvelle formation leur paraît directement lié, le néoplasme est plus circonscrit, plus limité et apparaît plutôt comme une infiltration tout à fait diffuse ; la formation de kystes y est singulièrement facilitée ; aussi, l'adénokyste est-il l'attribut le plus frappant de cette hypertrophie myomateuse. Les formations kystiques sont dues à ce que le liquide sécrété persiste et que la paroi, par suite d'induration et d'épaississement inflammatoire, est devenue inapte à résorber le produit de sécrétion.

Dans les adénomyômes de petit volume, les tubes glandulaires sont en général disséminés et comme, en outre, les formations

kystiques y prédominent, le tissu musculaire néoformé décroît de plus en plus, en sorte que, finalement, on se trouve en présence de *kystadénomyômes*.

Les adénomyômes des angles tubaires sont, d'après leur structure anatomique, divisés en deux groupes : 1° les *durs*, qui, à cause de la raréfaction du tissu utérin fortement vascularisé, paraissent blancs ; 2° les *mous*, qui, au contraire, sont très rouges par suite de leur richesse en vaisseaux.

Il y a, dans les adénomyômes durs des angles des trompes, prédominance des glandes sur le tissu fibreux néoformé; de plus, le tissu connectif cytogène (1) est développé au minimum. Ces conditions expliquent la tendance extrêmement accusée de ces tissus aux formations kystiques ; aussi, en général, ces tumeurs, même quand elles sont de dimensions discrètes, constituent-elles des adénomyômes. Et l'on a parfois de la difficulté à mettre en évidence l'autre élément constituant, l'élément myomateux.

Dans les *adémomyômes mous*, il y a au contraire production relativement puissante de tissu connectif cytogène ; de plus, ce tissu est exceptionnellement riche en vaisseaux, d'où sa coloration rouge.

L'élément anatomique capital, caractéristique des tumeurs dont il est ici question, le tube glandulaire, se raréfie si bien qu'il peut rester inaperçu. Toutefois, malgré cette diminution si forte des éléments glandulaires, l'auteur leur reconnaît la disposition « en ordre réuni » (Anordung geschlossene). Ils montrent peu de tendance aux formations kystiques. Et c'est le développement considérable, télangiectasique des capillaires sanguins qui leur donne leur physionomie spéciale.

IV. — **Tubes glandulaires des adénomyômes en tant que dérivés du corps de Wolff.** — Les dispositions histologiques des tubes glandulaires concordent avec celles des corps de Wolff. Et la portion du corps de Wolff qui, ici, apparaît comme point d'origine du néoplasme, est celle qui est disposée du côté de l'utérus, c'est à-dire le paroophoron (chez l'adulte), l'époophoron existait dans la plupart des cas, à sa place habituelle. Aussi, doit-on mettre en parallèle les caractères histologiques du paroopho-

---

(1) Ce tissu, qui représente le second élément typique de ces tumeurs, est du tissu connectif, riche en cellules rondes et fusiformes.

ron et de son analogue chez l'homme le paradidyme. Et, comme points de comparaison, il faut entre les éléments constituants de ces tumeurs signaler d'abord : 1° les *pseudo-glomérules*; 2° les *corps pigmentaires*, et en général, la pigmentation du tissu.

Par *pseudo-glomérules*, l'auteur entend les saillies sphériques, tout au moins semi-sphériques, accolées à nombre d'ampoules des tubes glandulaires des tumeurs. Il leur reconnaît une grande similitude, une grande parenté avec les glomérules typiques du pro, méso et métanéphros. Ce sont évidemment par rapport à ces derniers des organes imparfaits, par défaut de développement ou par dégénérescence. En ce qui concerne la *pigmentation* et les *corps pigmentaires*, il rappelle que tous les auteurs ont reconnu au paroophoron une coloration jaune. La coloration jaune du paroophoron est due à l'existence de foyers de granulation (aires granuleuses), foyers qu'il rapproche des points jaunes des adénomyômes.

D'autre part, les cils vibratiles dont l'auteur a pu, dans plusieurs tumeurs, formellement constater l'existence sur l'épithélium des tubes glandulaires, milite encore en faveur de l'idée qu'ils dérivent des corps de Wolff.

V. — **Épithélium cilié des canaux glandulaires et kystes des adénomyômes, etc.** — On sait déjà que certaines portions (canaux sécréteurs) des canalicules transversaux du corps de Wolff sont pourvues de cils vibratiles, et que la disposition ciliée a été parfois observée sur l'époophoron d'adultes. Cette opinion de la descendance des kystes à éléments ciliés de restes de canalicules du corps de Wolff est fortifiée aussi par la présence de cellules ciliées.

Somme toute, Recklinghausen se range entièrement à cette dernière opinion. Il croit en outre fermement que les soi-disant kystes des ligaments larges, même ceux qui sont tout à fait volumineux, dérivent des restes du corps de Wolff, comme Waldeyer l'a annoncé le premier.

Les kystes situés dans la région inférieure de l'utérus peuvent, d'après l'auteur, tirer leur origine des restes des canaux de Gartner. Ainsi que Breus, Recklinghausen a vu un de ces kystes qui, par un canal infundibuliforme, communiquait avec la cavité du corps de l'utérus. Et il ne voit pas dans cette communication avec la cavité utérine un argument contre l'origine Gartnérienne,

parce qu'il existe des observations authentiques d'abouchement du canal de Gartner avec cette cavité. Dans les trois faits de cet ordre rapportés par l'auteur, il s'agissait d'ailleurs de malformations, utérus double et vagin double. Seul, le premier de ces cas était un exemple de persistance du canal de Gartner, parce que, dans ce cas seulement, il fut possible d'établir la connexion du canal avec l'époophoron.

Recklinghausen croit aussi que certains kystes de l'ovaire ont comme origine les débris du corps de Wolff inclus dans le hile de l'ovaire.

VI. — **Arguments contre la théorie qui fait dériver les adénomes des glandes de la muqueuse de l'utérus.** — L'auteur résume les développements dans lesquels il est entré comme suit : L'argument capital contre cette théorie réside dans ce fait que la trompe, même dans sa portion intra-pariétale, est complètement dépourvue de glandes. Or, les adénomyômes tubaires, tout au moins des angles tubaires, sont loin d'être rares. De même, la situation excentrique, par rapport à la cavité utérine, des adénomyômes, également leur lieu d'élection à la face postérieure de la matrice, fournissent le second argument contre la descendance de ces tumeurs de la muqueuse du canal de Müller. C'est un fait que les tubes glandulaires pathologiques ont comme lieu d'élection les couches moyennes et externes des parois utérine et tubaire, et qu'on ne les rencontre qu'exceptionnellement dans les couches internes.

VII. — **Accroissement de l'adénome et du myôme, leurs rapports réciproques.** — VIII. — **Métamorphoses de l'adénomyôme, son association avec le cancer.** — IX. — **Coup d'œil rétrospectif.** — En ce qui concerne les rapports respectifs de l'adénome et du myôme, l'auteur déclare qu'il se produit une multiplication post-fœtale, importante des canalicules de Wolff, et que le tissu musculaire néoformé, qui prend la part principale à la constitution de la tumeur, paraît notablement hyperplasié. Dans toutes les petites tumeurs du corps de l'utérus et des angles des trompes, fibres musculaires et tissu adénoïde paraissent marcher parallèlement, particulièrement dans les points où des gaines fibro-musculaires étendues se forment autour des appareils glandulaires. Ici, ce sont ces appareils glandulaires qui sont certainement les générateurs du néoplasme. Par contre, dans les grosses

tumeurs de l'utérus, le tissu musculaire n'est pas intimement lié au tissu glandulaire; et, toujours, dans ces cas, existe une hypertrophie générale de la paroi utérine.

Dans un paragraphe spécial, Recklinghausen rapporte un cas d'adénomyôme, dont les éléments glandulaires dérivaient des glandes de la muqueuse utérine. L'adénomyôme, de gros volume, bien caractérisé, siégeait cette fois dans les couches centrales de la paroi antérieure l'utérus. A l'intérieur, il était, dans toute sa surface, en contact intime avec la paroi antérieure de la matrice. La muqueuse utérine, dans ce cas, formait en totalité la base sur laquelle s'élevait le néoplasme et d'où il s'étendait dans l'épaisseur de la paroi de l'utérus. Les éléments glandulaires constituaient des tubes épithéliaux, associés, réunis (geschlossene Anordung), en sorte que l'ensemble donnait l'impression d'une muqueuse utérine hyperplasiée. Sur une cellule des tubes glandulaires, l'auteur constata des cils.

Avec ce cas, l'auteur ajoute aux adénomyômes déjà décrits, dérivés du paroophoron, une deuxième classe ayant pour origine la muqueuse utérine. Ces derniers ont un siège central et n'ont pas comme lieu d'élection la paroi postérieure. Ils ont une tendance à se développer sous forme d'un anneau dur autour de toute la cavité utérine; et, par-dessus tout, ils renferment dans leur portion adénomateuse des canaux glandulaires, qui se fusionnent en canaux principaux et s'abouchent largement dans la cavité utérine.

Selon Recklinghausen, *l'adénomyôme est une tumeur mixte;* il constitue un groupe spécial des tumeurs fibreuses du canal génital qu'il faut séparer des fibromes et des myômes ordinaires. Il faut également se garder de les placer à côté des cancers. Contre le cancer, militent l'épithélium à une seule couche et la ciliation que jamais ne présente la cellule cancéreuse. Mais, il n'est pas impossible qu'un adénomyôme se transforme en cancer, si son épithélium glandulaire entre en voie de prolifération, ou s'il subit des altérations de qualité. Enfin, cancer utérin et adénomyôme peuvent se trouver associés.

Dans un chapitre annexe, W.-A. Freund esquisse de la façon suivante la physionomie clinique de l'adédomyôme : « L'affection se montre chez la femme de 20 à 50 ans. En général, ces femmes ont une enfance délicate et ont été menstruées tardivement.

Fréquemment, à la première menstruation a succédé une aménorrhée compliquée de chlorose grave. Toutes souffrent de dysménorrhée, et la plupart de menstruations profuses. Un grand nombre restent stériles. De bonne heure éclatent des accidents péritonitiques qui, à cause de leur siège, en imposent pour des phlegmasies des annexes. Les pertes de sang, les douleurs vives et prolongées, les troubles dans les fonctions vésicale et intestinale affectent profondément la santé générale, au point d'entraîner une anémie profonde et l'inaptitude au travail. Les signes objectifs sont ceux, plus ou moins complets, de l'infantilisme : vagin court, culs-de-sac aplatis, utérus souvent arciforme, en antéflexion congénitale, étroit au col, large au niveau du fond ; plus tard, inégalités, saillies en forme de tumeur à la partie postérieure des angles des tubes, saillies qui provoquent des inflammations du péritoine pelvien. Accroissement progressif des tumeurs — le plus souvent bilatérales — jusqu'à l'insertion des replis de Douglas, rarement jusque dans le col. Immobilisation des organes pelviens, adhérences épiploïques, intestinales, etc. Le pronostic est beaucoup plus sévère que celui des myômes ordinaires de la matrice. Quant aux traitements, l'hystérectomie totale mise à part, ils sont totalement impuissants.

Dr R. Labusquière.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Armstrong. On utero-ovarian Irritation as a Factor in the Causation of Rheumatoid Arthritis with Suggestions for its Treatment. *British med. J.* 5 février 1896, p. 496. — **Biermer**. Ein neuer Naderhalter für, Hagedornadeln. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 25, p. 662. — **Chrobak**. Ueber Einverleibung von Eierstocksgewebe. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 20, p. 521. — **Doléris et Mangin**. Fibro-myôme de la paroi abdominale récidivé. *La Gynécologie*, juin 1896, p. 230. — **Dupouy**. *Pathogénie des hémorrhagies para-utérines extra-péritonéales*. Th. Paris, 1895-1896. — *Der Konträrsexualims in bezug auf Ehe u. Frauenfrage.* Leipzig, 1896. — **Evans**. Harmful Effects of the Bycicle upon the Girl's Pelvis. *Am. J. Obst.*, avril 1896, p. 554. — **Francis Smith Nash**. A Plea for the Woman and the Bicycle. *Am. J. Obst.*, avril 1896, p. 556. — **Herff**. Giebt es ein sympatisches Ganglion in menschlichen Ovarium. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. II, Hf. II, p. 374. — **Jacobs**.

Un cas de folie post-opératoire. *La Policlinique*, Bruxelles, 1896, nº 8, p. 547. — **Joaquin Bouet y Amigo**. La Practica Ginecologica de antano y la hogano. *Archivos de Ginec., Obstet. y Pediatria*, 1896, nº 16, p. 301. — **Johnstone**. The clinical Importance of the menstrual Wave. *Medical News*, Philadelphia, 6 juin 1896, t. I, p. 636. — **Knauer (E.)**. Einige Versuche über Ovarientransplantation bei Kaninchen. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 20, p. 524. — **Kossmann**. Die pathologisch-anatomischen Kunstausrücke in der Gynäkologie. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 6, p. 503. — **Laroyenne**. Traitement des hémorrhagies. *La Semaine gynéc.*, 2 juin 1896, p. 137. — **Leder**. Dix-huit mois de pratique de massage gynécologique à la clinique du Dr Auvard. *Arch. de Toc*, 1896, nº 3, p. 167. — **Mainzer**. Zur Behandlung amenorrhoischer und klimakterischer Frauen mit ovarial Substanz. *Deutsch medicinische Wochenschr.*, 1896, nº 25. — **Mayo Robson**. Some of the Relations of Pregnancy to Surgery. *Brit. med. J.*, avril 1896, p. 893. — **Max Cann**. The Fluid contained in Ovarian Cysts as a medium for the Cultivation of Gonococcus and other Microorganisms. *Lancet*, 1896, nº 3796 p. 1491. — **Pichevin** Hydrologie et gynécologie. *La Semaine gynéc.*, 1896, nº 11, p. 82. — **Polk**. A retrospect of twenty-one years of gynecology and obstetrics. *Med. News*, Philadelphia, 6 juin 1896, t. I, p. 63. — **Parke**. Some complications and sequelæ of gynæcological operations. *The American gynæcological and obstetrical Journal*. New-York, mai 1896, p. 575. — **Price**. Presentation of post operative sequelæ and how they favor mortality. *The American gynæcological and obstetrical Journal*. New-York, mai 1896, p. 573. — **Rühl (W.)**. Kasuistischer Beitrag zur reflektorischen Wirkung des Operationstraumas auf Herz und Athmungsthatigkeit (Shock). *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 19, p. 501. — **Saluy**. *Des rapports de l'érysipèle et de la menstruation*. Th. Paris, 1896. — **Schauta**. *Gynækologie*. Vienne, 1896. — **Schücking**. Röntgen-Strahlen in der Gynäkologie. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 20, p. 529. — **Upham**. The Value of the Formalin Method for rapid Diagnosis of Uterine Scrapings. *Am. J. of. Obst.*, juin 1896, p. 866. — **Vineberg**. Utero-appendageal surgery. *Medical Standard*, Chicago, mai 1896, p. 142. — **Wawelberg**. Zwei Fälle von Missbildungen der weiblichen Genitalen. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 6, p. 500.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Byford**. Drainage in gynæcology. *Medical Standard*, Chicago, mai 1896, p. 154. — **Lockhart**. Artificial Dilatation of the Non-Pregnant-Uterine Canal. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1896, nº 4, p. 489. — **Pellerin**. *Bourrage du vagin par les tampons glycérinés* (Columnisation des Américains), Th. Paris, 1896. — **Portillo y Mestres**. El taponamiento con hielo en el tratamiento de las afecciones uterinas. *Archivos de Ginecop., Obst. y Pediatria*, nº 8, 1896, p. 249.

VULVE ET VAGIN. — **Dimitrescu**. *Étude des absences congénitales du vagin considérées au point de vue chirurgical*. Th. Paris, 1895-1896. — **Garrigues (H.-J.)**. Colpoperineorraphy. *Med. News*, N.-Y., 1896, I, 604. — **Van Hassel**. Cœliotomies vaginales. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles, 1896, p. 123. — **Laborde**. *Contribution à l'étude de la vulvo-vaginite des petites filles; recherches personnelles de bactériologie clinique*. Th. Paris, 1895-1896. — **Max**.

Chaleix. Trois cas d'hémorrhagie grave par défloration. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 31 mai 1896, p. 255. — **Peter (W.).** Ueber Kraurosis Vulvæ. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 4, p. 287. — **Palm.** Eine Hymenalcyste u. ein Atherom des Labium minus bei einer Erwachsenen; zugleich ein Beitrag zur Kenntniss der Hymencysten. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LI, Hft. III, p. 483. — **Pichevin.** Ponction vaginale; colpotomie; cœliotomie vaginale. *La Semaine gynécologique*, Paris, 9 juin 1896, p. 145. — **Roux-Amence.** *Contribution à l'étude de la persistance de l'hymen après l'accouchement.* Th. Paris, 1896.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Aspell.** Tuberculosis involving the uterine annexa. *The American gynecological and obstetrical Journal.* New-York, mai 1896, p. 587. — **Baldy.** A new operation for Uterus Prolapse. *Am. J. Obst.*, avril 1896, p. 481. — **Bareau.** *Essai sur le traitement immédiat des déchirures recto-vaginales inférieures survenues pendant l'accouchement.* Th. Paris, 1895-1896. — **Barton Cooke Hirst.** Inversion of the Uterus. *Am. J. Obst.*, avril 1896, p. 488. — **Condamin.** De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement de l'antéflexion utérine. *Archives provinciales de chirurgie*, mai 1896, p. 259. — **Cottrell.** Anterior Colpotomy. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1895, n° 6, p. 460. — **Fullerton.** Chronic inversion of the uterus. *The American gynæcological and obstetrical Journal.* New-York, mai 1896, p. 595. — **Gottschalk.** Die vaginale Verkürzung der Lig. sacro-uterina zur Heilung der Retroflexio uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 16, p. 419. — **Hastings.** Some Cases of Ventrofixation of the Uterus. *The Lancet*, avril 1896, p. 1058. — **Johnson.** The Alexander Operation. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1896, n° 4, p. 457. — **Keith (George E.).** The permanent cure of anteflexion by operation. *Brit. Gyn. J.*, mai 1896, p. 15. — **Kiefer.** Uber vaginale Antefixationsmethoden. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 15, p. 400. — **Lindfors.** Fall von primären Uteri Prolaps. Ventrofixation nach modificirter Methode; Gravidität mit glüchiichen Verlauf. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 14, p. 636. — **Longyear.** The Mechanic and Surgical Treatment of Backward and Downard Displacements of the Uterus. *Am. J. Obst.*, avril 1896, p. 516. — **Martin.** Alexanders operation without buried sutures. *Medical Standard*, Chicago, mai 1896, p. 150. — **Noble.** A new operation for certain cases of procidentia uteri. *The American gynæcolcgical and obstetrical Journal.* New-York, mai 1896, p. 607. — **Noble (C. P.).** Suspensio Uteri or Ventro-Fixatio of the Uterus. Its Influence Upon Pregnancy and Labor. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1896, n° 6, p. 463. — **O'Connor.** Ventro-hysteropexy. *The Lancet*, avril 1896, p. 990. — **Robson (Mayo).** Ventro-fixation or ventro-suspension of uterus. *Brit. Gyn. J.*, mai 1896, p. 35; Discussion, p. 50.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Bell.** Some Conclusion Drawn from Clinical Observations in the Study of Cervical Endometritis. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1896, n° 7, p. 510. — **Brioude (Etienne).** De la sclérose de l'utérus. *La gynécologie*, juin 1896, p. 236. — **Brunnberg.** *Menstruationstörungen u. ihre Behandlung mittels hypnotisches Suggestion, etc.* Berlin 1896, H. Brieger. — **Free.** Endometritis. *Medical Record*, New-York, 1er juin 1896, t. I, p. 154. — **Guillarmou (Mlle).** *Valeur hémostatique de certains mouvements musculaires*

contre les méno et métrorrhagies. Th. Paris, 1895-1896. — **Orton**. Rectal gonorrhæal endometritis. *Medical News*, New-York, 11 avril 1895, p. 408. — **Pichevin** et **Petit**. Abcès de l'utérus. *La Sem. gynéc.*, 1896, nº 13, p. 98. — **Pilliet**. Notes sur les lésions inflammatoires du muscle utérin. *Gaz. hebdom. de médecine et de chirurgie*, 1896, nº 36, p. 421. — **Wythe Cooke**. Some Disorders of Menstruation. *Am. J Obst*, avril 1896, p. 532.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTERECTOMIE. — **Acconci (L.)**. Hundert vaginale Hysterectomien ohne Todesfall. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 4, p. 320. — **Baker (W. H)**. Submucous fibroïd. of uterus, occasionning hemorrage in a woman of sixty-four years. *Boston med. and Surg. J.*, 1896, I, 533. — **Bousquet**. Traitement des corps fibreux volumineux de l'utérus par l'hystérectomie vagino-abdominale totale. *Le Centre médical* 1896, nº 10, p. 210. — **Brooklyn**. Remarks on the Rational Treatment of Uterine Fibroïdes. *Med. Record*, juin 1896, p. 798. — **Carrillo y Cubero**. Castracion totale par la Vagina por utero miomatoso. *Anales de Obst., ginec. y Pediatria*. Mai 1896, p. 129. — **Cartledge**. Hysterectomy in acute puerperal sepsis with report of cases. *The American gynæcologial and obstetrical journal*. New-York, janvier 1896, t. I, p. 30. — **Dorff**. Trois cas de fibromes sous-péritonéaux opérés par trois procédés différents. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*. Bruxelles 1896, p. 120. — **Duplay**. Du traitement palliatif des cancers de l'utérus inopérables. *La Semaine gynécologique*. Paris 23 juin 1896, p. 161. — **Emanuel**. Ueber gleichzeitiges Vorkommen von Carcinom u. Sarkom im Uteruskorper. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXXIV, Hft. I, p. 1. — **Gutierrez**. Un caso de histerectomia abdominal total por fibromas de lutero. *Anal. Obst., Ginecop. y Pediat.*, avril 1896, p. 97. — **Hosack-Fraser**. Notes on a Case of Uterine Cystic Fibroma. *Brit. m. J.*, avril 1896, p. 837. — **Jacobs**. Fibromes utérins. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles 1897, p. 129. — **Lairé**. *Des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale dans le cancer de l'utérus*. Th. Paris, 1895-1896. — **Leith** A Case of Carcinoma of the uterus complicated by Pregnancy. *The Lancet*, avril 1896, p. 922. — **Matthew D. Mann**. Sloughing of Uterine Fibroïd after Abortion and. Labor. *The Am. Gyn. a. Obst J.*, 1896, nº 4, p. 449. — **Napier** Utèrus remoned by Vaginal Hysterectomy for Menopastic Endometris and Sarcoma. *British. med. J.*, février 1896, p. 471. — **Noll (J.)**. Hysterectomy for interstitial Fibroïd of the Uterus; Rupture of Abdominal Wound; Protrusion of Intestines; Recovery. *Am. J. Obst.*, avril 1896, p. 548. — **Olshausen**. Ueber die Principien der vaginalen Exstirpation des carcinomatösen Uterus. *Berl. klin. Wochensch.*, 1896, nº 23. p. 509. — **Peterson**. Hysterectomy for puerperal infection. *Annals of. gynæcology and Pædiatry*. Boston, septembre 1895, p. 809. — **Pichevin**. Cancer utérin et adénopathie inguinale. *La Sem. Gynécol.*, 1896, nº 12, p. 92. — **Pryor**. The Surgical Anatomy of the Internal Iliac Artery in woman, and a more Radical operation for Malignant Disease of the Uterus. *Am. J. of. Obst.*, juin 1896, p. 801. — **Purcell (F.-A.)**. Three uteri removed by vaginal hystetectomy for malignant disease. *Brit. Gyn. J.*, mai 1896, p. 27. — **Ramon Guiteras**. Hysterectomy for Puerperal Infection. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, octobre 1895, p. 365. — **Rendu**. Fibro-

myome utérin avec sensation de fluctuation. *Lyon médical*, 14 juin 1896, p. 220. — **Roger Williams**. On the Morphology of Uterine Cancer. *British med. J.*, février 1896, p. 529. — **Rosner (A.)**. Nouvelle méthode d'extirpation vaginale de l'utérus au moyen du thermo-cautère de Paquelin. *Arch. de Gyn. et d'Obst*, 1896, nº 3, p. 220. — **Ross (J.)**. Hysterecto y. *Annals of Gyn. a. Pæd.* 1896, nº 6, p. 447. — **Shoemaker**. Uterine Dermoïd, Hysterectomy. *Am. J. of. Obst.*, juin 1896, p. 359. — **Sippel**. Zur Frage der supra-vaginalen Amputation des septischen puerperalen Uterus. *Centralbl. f. Gyn.*, 17 août 1895, p. 892. — **Smyly**. Three Myomatous Uteri Removed by Morcellement. *British med. J.*, février 1896, p. 489. — **Stoeckel**. *30 Falle v. vaginaler. Totalexstirpation des Uterus aus der kgl. Universiätäts Frauenklinikz. Königsberg.* Königsberg, 1896. — Un cas de fibrome énorme, ouverture de la vessie au cours de l'opération. Extirpation totale. Guérison. *La Policlinique*, 1898, nº 8, p. 553. — **West**. A successfall secondary laparatomy for hœmorrhage following abdominal hysterectomy. *The American gynæcological and obstetrical journal*. New-York, mai 1896, p. 584.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON-NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES, DÉPLACEMENT DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Baldy (J. M.)**. Acute pelvic peritonitis from the standpoint of the general pracktioner. *The Philadelphia polyclinc.*, 30 mai 1896, V, 211. — **Bingham Penrose**. A case of suppuration in the Connective Tissue of the Pelvis Unconnected with Disease of the Fallopian Tubes. *Am. J. Obst.*, avril 1896, p. 546. — **Bliesener**. Die abdominale Radical-operation bei entzündlicher Adnexerkankung. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 6, p. 458. — **Chavin**. *Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie, résultats éloignés.* Th. Paris, 1896. — **Cordier**. Cirrhosis of the Ovaries. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1896, nº 4, p. 485. — **Etheridge**. Pneumococcus-abcess of the Ovary, with Report of Three Cases. *The Am. J. of med. Sc.*. avril 1896, p. 377. — **Hammond**. Report of few cases of pelvic abscess following labor. *The Am. Gyn. a. Obt. j.* New-York, mai 1896, p. 591. — **Rosenblat**. *L'incision du cul-de-sac vaginal postérieur dans les suppurations pelviennes et les hématomes, étude critique.* Th. Paris, 1896. — **Smyly**. Pyosalpinx Removed by Vaginal Colpotomy. *Brit. med. J.*, février 1896, p. 488. — **Thevénard**. *Contribution à l'étude de l'hématocèle rétro-utérine, signes, diagnostic, traitement.* Th. Paris, 1896. — **Veit (J.)**. Ueber Hœmatosalpinx bei Gynatresie. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1896, nº 16, p. 343. — **Villar**. Pyosalpingite volumineuse. *Gaz. hebdom. des Sc. med de Bordeaux*, 1896, nº 14, p. 163.

NÉOPLASME DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, OVARIOTOMIE. — **Alban Doran**. Capsules, False and Real, in Ovariotomy; withe Notes of Six Cases. *British med. J.*, avril 1896, p. 960. — **Arsène Fié**. Gonorrhœal Rheumatism. Complicated with Currettement of the Uterus. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1896, nº 7, p. 499. — **Binaud et Chavannay**. Torsion du pédicule d'un kyste, du paraovaire. *Gaz. hed des Sc. méd. de Bordeaux*, 31 mai 1896, p. 259. — **Bouilly**. De la suppuration des kystes de l'ovaire. *La Gynécologie*, juin 1896, p. 193. — **Brigidi**. Contributo alla spiegazione delle cisti ovariche intralegamentose. *Ann. di Ost. e Ginec.*, 1896,

n° 3, p. 177. — **Cann.** *Résultat thérapeutique de la castration chez la femme. Conséquences sociales de cette opération.* Th. Paris, 1895 1896. — **Cocard.** *Les traitements des kystes de l'ovaire pendant la grossesse et les suites de couches ; leur valeur relative.* Th. de Paris, 1896. — **Condamin.** De la marsupialisation des kystes de l'ovaire. Traitement ultérieur en cas de récidive. *Lyon médical,* 21 juin 1896, p. 248. — **Dandais.** Kyste dermoïde de l'ovaire chez un enfant. *Arch. de Gyn. et d'Obs.*, 1896, n° 3, p. 227. — **Demons.** Rupture des kystes ovariques dans le péritoine pendant les manœuvres d'exploration. *Gazette hebdomadaire des Sc. médicales de Bordeaux*, n° 19, 1896, p. 219. — **Gisbert Kirchgasser.** Oophorectomia dextra wegen dysmenorrhoischer Beschwerden bei rudimentarem Uterus unicornis solidus u. Vollstandigem Fehlen der linken Adnexe. *Cent. f. Gyn.,* 1895, n° 19, p. 498. — **Gsell.** Ueber ein intraligamentär entwickeltes Teratom des weiblichem Genitalapparate. *Arch. f. Gyn.,* Bd. LI, Hft. II, p. 303. — **Halliday Croom.** Glycosuria Complicat ng an Ovarian Tumour and Ovariotomy. *Brit med J.*, février 1896. p. 476. — **Hunter Noble.** A case of Double Salpingo-oöphorectomy. Excessive Loss of Blood from Separated Adhesions necessitating a Second Operation withing Three hours ; Infusion with steril Normal salt Solution. *Am. J. Obst.*, avril 1896, p. 573. — **Lejars.** Note sur les kystes dermoïdes de l'ovaire à évolution tardive. *La Sem. gyn.*, 1896, n° 11, p. 81. — **Lissac.** *Traitement des troubles consécutifs à la castration.* Th. Paris, 1895-1896. — **Petit (P.).** Volumineux fibro-myome, rétro-utérin sous-péritonéal et enclavé. *Semaine gynécol.*, 2 juin 1896, p. 140. — **Picqué.** Des tumeurs solides de l'ovaire. *Semaine gynéc.*, 26 mai 1896, p. 129. — **Popelin.** Dégénérescence maligne d'un kystome de l'ovaire chez une femme de 67 ans. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique.* Bruxelles, 1896, p. 130. — **Sant' Anna (J. de).** Kyste dermoïde de l'ovaire. *La gynécologie*, juin 1896, p. 213. — **Schober.** *Contribution à la pathogénie et à la clinique des tumeurs kystiques salpingiennes à forme irrégulière.* Th. de Paris. — **Simons.** Zur Casuistik der Dermoicysten des Ovariums. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896. Bd. III, Hft. 4, p. 322. — **Skene Keith.** A very Large Dermoid Tumour Succeessfully Removed. *The Bristih m. J* , février 1896, p. 466. — **Skene Keith.** Unnusual complication in Two Cases of Removal of the Ovaries and Fallopian Tubes. *British med. J.*, février 1896, p. 484. — **Sokoloff.** Ueber den Einfluss der Ovarien Exstirpation auf Strukturveranderungen des Uterus. *Arch. f. Gyn.*, 1895, Bd. LI, Hft. II, p. 286. — **Vogl.** *Genaue anatomisch-histologische Untersuchung v. Zwölf Ovarientumoren.* Munich, 1896.

ORGANES URINAIRES. — **Boldt.** Implantation of the ureter into the Bladder per Abdominal Section, for the Cure of Uretero. Vaginal Fistula. *Am. J. of. Obst.*, 1896, juin, p. 844. — **Garceau.** The Influence of the Catheter in causing Vesical Irritability. *Am. J. of. Obst.*, juin, 1896, p. 862 — **Keller.** *Die Wandniere der Frauen, insbesondere ihre Diagnose u. Therapie.* Halle, 1896, Marhalb.— **Kelly.** Meine Arbeit über die Krankheiten der weiblichen Harnwege, etc. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 19, p. 489. — **Neugebauer (F. L.).** Sieben seltenere Fälle von Harnfisteln. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 4, p. 308. — **Peterson.** Hydronephrosis. *Med. Standard*, décembre 1895, p. 356. — **Rutherford Morison.** Operation for the

cure of vesico vaginal fistula. *Lancet*, 1896, nº 3797, p. 1558. — **Will Peoria**. Dysuria in women. *Medical Standard Chicago*, mai 1896, p. 160.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Altucheff** et **Snegiroff**. Eine neue Methode der Unterbindung der Arteriæ uterinæ per Laparotomiam. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 6, p. 453. — **Butler-Smythe.** A Successful Case of Laparotomy for Complete Intestinal Obstruction subsequent to an Attack of Peritonitis. *The Lancet*, juin 1896, p. 1641. — **Carpenter**. Abdominal Section Performed Successfully on an enfant. *Med Record*, juin 1896, p. 802. — **Chrétien**. Note sur une série de onze laparotomies. *Le Poitou médical*, avril 1896, p. 73. — **Edebohls**. What is the best Method of making and of closing the Cœliotomy incision. *The american gynæcological and obstetrical Journal*. New-York, mai 1896, p. 561. — **Hamill (R.)**. Secondar Operation for Tubercular Peritonitis. *Am. J. Obst.*, avril 1896, p. 543. — **Lawson Tait**. The Evolution of the Surgical Treatment of the Broad. Ligament Pedicle. *Med. Record*, avril 1896, p. 547. — **Mangin**. De l'action résolutive de la laparotomie. *La Semaine gynécologique*. Paris, 9 juin 1896, p. 145. — **Shaw (John)**. A rarely recognised complication in the convalescence from an abdominal section. *Brit. gyn. J.*, mai 1896, p. 97. — **Vanderver**. Complication in Abdominal Surgery requiing Intestinal Anastomosis. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1896, nº 4, p. 474.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT — **Bernardy (E.)**. History of an Interesting Case of Pregnancy and Confinement. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1896, nº 4, p. 446. — **Guillermin**. *Diagnostic du travail de l'accouchement*. Th. Paris, 1895-96. — **Jungmann**. Beitrag zur Behandlung der Gesichtslagen durch manuelle Umwandlung in Hinterlauptslagen. *Arch. f. Gyn.* 1896, Bd. LI, Hft. II, p. 189. — **Lehnerdt**. *Ub. die Geburtsverhältnisse im frühen Lebensalter nach Beobachtungen an der konigl. Frauen-Klinik z. Königsberg*. Königsberg, 1896.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Brindeau**. *Du détroit moyen au point de vue obstétrical*. Th. Paris, 1896. — **Dohrn**. Uber Zweckmäsfige Eintheilung fehlerhafter Becken. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 16, p. 417. — **Gottschalk**. Zur Lehre von den Placentarverhältnissen und den placentaren Gefassverbindungen einneiiger Zwillinge. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LI, Hft. III, p. 389. — **Montagu Handfield-Jones**. The Heart in its relation to Pregnancy, Parturition and the Puerperal State. *The Lancet*, janvier 1896, p. 145. — **Rossa**. Traubenzucker in Harn u. Fruchtwasser. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 25, p. 657. — **Savor**. Ueber Beckenneigung. *Arch. f. Gyn.* 1896, Bd. LI, Hft. II, p. 316. — **Schœffer**. *Experimentelle Untersuchungen über die Vehenthatigheit des menschlichen Uterus Ausgeführt millelst e. neuen Kymographien*. Berlin, 1896.

DYSTOCIE. — **Beckmann**. Zur Complication der Gravidität u. Geburt mit Collumkrebs. *Zeitchr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXXIV, Hft. 1, p. 51. — **Clivio**. Di un parto distocico per stenosi cicatriziale della bocca

uterina *Annal di Ost. e Gin.* 1896, n° 3, p. 237. — **Dührssen.** Ueber Geburtsstörungen nach Vaginofixation, ihre Bedeutung, Behandlung u. Verhütung. *Berl. klin. Wochensch*, 1896, n° 14, p. 301. — **Elder (G.).** Notes on a Case of Porro's Operation for Obstruction to Labour by Uterin Fibroids. *British med. J.* février 1896, p. 473. — **Eustache.** De l'utérus double en obstétrique. *Arch. de Gyn. et d'Obst.* 1896, n° 3, p. 239. — **Guérard.** Köliotomie bei Geburtsstorüng nach Ventrifixur. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 20, p. 531. — **Jacobs.** Pyosalpingite ancienne ou rétroflexion adhérente. Grossesse. Tentatives de redressement de l'utérus gravide par laparotomie. Avortement. Pyosalpinx énorme. Intervention vaginale. Guérison. *La Policlinique*, 1896, n° 8, p. 549. — **Knapp.** Bericht über 105 Geburten bei engem Becken aus der Jahren 1891-1895, p. 495. *Arch. f. Gyn.* 1896, Bd. LI, Hft. III, p. 489. — **Leith.** A Case of Carcinoma of the uterus complicated by Pregnancy. *The Lancet*, avril 1896, p. 922. — **Mangin.** Kyste dermoïde et grossesse. *La Gynécologie*, juin 1896, p. 221. — **Schwarz.** Porro bei rachitischem Becken mit 4 cent. Conj vera. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 15, p. 405. — **Westphal.** *E Fall v. Geburtshinderniss bedingt durch die übermassig ausgedehnte kindliche Harnblase.* Königsberg, 1896.

GROSSESSE. — **Noble.** Remarks on the early diagnosis of pregnancy. *The Philadelphia polyclinic*, 16 mai 1896, p. 191. — **Lamarche.** Vagissements intra-utérins. *L'Union médicale du Canada*, juin 1896, p. 321.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Eleuterescu.** *Contribution à l'étude des grossesses multiples univitellines et bivitellines.* Th. Paris, 1896. — **Frank A. Stahl.** Quadruplets. *Med. Standard*, février 1896, p. 44. — **Larre.** *Étude sur les complications dans les grossesses et accouchements gémellaires.* Th. de Paris, 1896. — **Pujol.** Grossesse gémellaire arrivée à terme malgré la mort d'un des fœtus au quatrième mois. *Arch. de gyn. et de tocol.*, mars 1896, n° 3, p. 161.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Ekstein.** Ueber einen Fall vorgeschrittener Tubenschwangerschaft von Sechsjähriger Dauer bei geschlossenem Fruchthalter. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.* 1896, Bd. III, Hft. 6, p. 488. — **Heywood Smith.** Specimen and Case of Ectopic Gestation. *British med. J.*, février 1896, p. 468. — **Mitchell.** A case of simultaneous uterine and extra-uterine gestation. *British medical Journal*, 30 mai 1896, t. I. p. 1323. — **Otto v. Herff.** Zur Technik der Entfernung vorgerückter Extrauterinschwangerschaften. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXIV, Hft. I, p. 12. — **Reynolds.** A case of ectopic pregnancy operated upon by the vagina method. *The American Gynæcological and Obstetrical Journal.* New-York, mai 1896, p. 528. — **Rech.** Ein Fall von Tubargraviditat bei Portiocarcinom. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 16, p. 421. — **Smyly.** Ectopic Gestation operated on at Term. *British Gyn. J.*, février 1896, p. 490. — **Toth.** Beiträge zur Frage der ektopischen Schwangerschaft auf Grund der 14 Jährigen Materials der II, geburtshülflichen u. Gynækologischen Klinik in Budapest. *Arch. f. Gyn.*, 1896, LI, Hft. III, p. 410. — **Webber.** Ectopic Gestation. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1896, n° 6, p. 447. — **Wilson.** A case of abdominal pregnancy progressing t. Term. *The American Gynæcological and Obstetrical Journal.* New-York, mai 1896, p. 605.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Binaud.** Imperforation ano-rectale. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1896, n° 14, p. 164. — **Boissard.** De l'alimentation des nouveau-nés par le lait maternel. Préparation. Usage et propriétés. *Arch. de gyn. et d'obst.*, 1896, n° 3, p. 200. — **Brothers.** Report of a Case of Excessive Fetal Development. *Am. J. Obst.*, avril 1896, p. 528. — **Chambrelent.** Monstre omphalosite, acéphalien, peracéphale. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1896, n° 14, p. 163. — **Clark.** A Case of Congenital Bilateral Occlusion of the Nasal Passage. *The Cincinnati Lancet-Clinic*, mars 1896, p. 336. — **Clauss.** *E. Fall v. Sirenenbildung aus der Königsberger Frauenklinik.* Königsberg, 1896. — **Geyl.** Eine peripherische Facialis paralyse; Parese bei einen Neugeborenen nach einer durchaus normalen Geburt. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 24, p. 634. — **Gutzeit.** *Teratom der Zirbeldrüse.* Königsberg, 1896. — **Hausmann.** *E. Fall von congenitalem multilokularën Adenokystom der Nieren.* Leipzig, 1896. — **Laugier.** *Des lésions du cordon ombilical et en particulièr des lésions syphilitiques.* Th. de Paris, 1896. — **Lockwood.** A Case of Hernia of the Ovary in an Infant with Torsion of the Pedicle. *British med. J.*, juin 1896, p. 1442. — **Méplain.** Une observation d'érysipèle ambulant chez un nouveau-né. *Le Centre médical*, 1896, n° 10, p. 205. — **Merkel** et **Bonnet.** *Referate u. Beiträge zur Anatomie u. Entwickelungeschichte.* Wiesbaden, 1896. — **Ramages.** Congenital Absence of Ovaries with Rudimentary Uterus. *British med J.*, avril 1896, p. 1032. — **Reusing.** Beiträge zur Physiologie des Neugeborenen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXIV, Hft I, p. 40. — **Ross Martin.** Tarsal Deformities in Congenital Talipes Equino-varus. *Med. News.* New-York, avril 1896, p. 397. — **Stahl (F.).** Maternal Impressions and their Significance: with Presentation of a Case of Anencephalia a. Acrania. *Am. J. Obst.*, avril 1896, p. 501. — **Stern.** *E. Frucht m. Eventration u. mehreren anderen Missbildungen.* Königsberg, 1896. — **Wawelberg.** Zwei Fäll von Missbildungen der weiblichen Genitalien. *Monatssch f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 6, p. 500.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Ayers.** Three Unpublished Cesarean Sections. *Am. J. Obst.*, avril 1896, p. 549. — **Boullé** *Accouchement prématuré artificiel provoqué par la méthode de Dührssen.* Th. Paris, 1896. — **Coe (H. C.).** Cœsarean section; suture of the uterus versus total extirpation. *Med. News*, N.-Y., 1896, I, 601. — **Decio.** Del parto forzato e del taglio cesareo in gravida agonizzante. *Annali di Ost. e. Gin.* 1896, n° 3, p. 213. — **Dohrn.** Ist Zangenapplikation und nachfolgender Kaiserschnitt bei 6-7 monatlicher macerirter Frucht ohne zwingende Indikation seitens der Mutter Zulassig? *Cent. f. Gyn.* 1896, n° 15, p. 403. — **Heinricius.** Ein Fall von Symphyseotomie nebst Bemerkungen uber diese Operation. *Monatssch f. Geb. u. Gyn.*, 1866, Bd. III, Hft. 4, p. 273. — **Hergenhahn.** Ueber die Perforation des nachfolgenden Kopfes, *Arch. f. Gyn*, 1896, Bd. LI, Hft. II, p. 250. — **Pooth.** Die künstliche Erweiterung der engen Beckens. *Monatssch f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III. Hft. 6, p. 491. — **Ralph H. Pomeroy.** A Case of Symphyseotomy. *The Am. Gyn. a. Obst. J.* 1896, n° 4, p. 470. — **Rollet.** *Symphyséotomie et accouchement prématuré* (parallèle historique). Th. de Paris, 1896.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Alfaro.** Hidroamnios, hidrocefalo.

Gaceta Medica de Costa-Rica, mai 1896, p. 5. — **Bacon**. The Mortality from Puerperal Infection in Chicago. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1896, n° 4, p. 429. — **Caliman Pavia**. Contributo all' etiologia, patogenesie, cura dell' osteomalacia puerperale. *Annali di ost. e gin*, 1896, n° 3, p. 193. — **Calozzo** (G.). Patogenesi della osteomalacia. *Rivista di ost., ginec. e pediat.*, 1896, n° 3, p. 81. — **Douglas** (Ch.). Obstetrical Complications. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1896, n° 7, p. 491. — **Haas**. *La lutte contre la fièvre puerpérale*. Nancy, 1896. — **Hammond**. Report of some cases of pelvic abscess following labor. *The American Gynæcological and Obstetrical Journal*. New-York, mai 1896, p. 591. — **Haultain**. Une forme rare d'avortement. Expulsion du sac amnotique seul. *Arch. de gyn. et de toc.* 1896, n° 3, p. 163. — **Jewet** (Ch.). The Question of Puerperal Self-Infection. *The Am. Gynæc. a. Obst. J.*, 1896, n° 4, p. 417. — **Knapp**. Eineiige Zwillingsplacenta; velamentöse Insertion; Verblutung beider Früchte unter der Geburt. *Arch. f. Gyn.* Bd. LI, Hft. III, p. 586. — **Knapp**. Klinische Beobachtungen über Eklampsie. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 6, p. 469. — **Laurendeau** (A.). Eclampsie puerpérale. *L'Union médicale du Canada*, 1896, n° 5, p. 257. — **Leask**. Puerperal fever treated by antistreptococcus serum. *British med. Journal*, Londres, 20 juin 1896, t. I, p. 1500. — **Lefèvre**. *De l'insertion vélamenteuse du cordon dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement* Th. Paris, 1895-1896. — **Lefour** et **Fieux**. Arthrite blennorrhagique et puerpéralité. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 14 juin 1896, p. 279. — **Lefour**. Rougeole et grossesse. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1896, n° 14, p. 159. — **Lucas**. *Contribution à l'étude de la délivrance dans l'avortement incomplet*. Th. Paris, 1896. — **Martin**. A case of mammary abscess, with venous hemorrhage. *The Philadelphia Polyclinic*, 23 mai 1896, p. 205. — **Mynlieff**. *Dies u. jenes üb. Nephritis Gravidarum u. deren Behandlung*. Neuwied, 1896. — **Noer**. The Management of Placenta Prævia. *Med. News*, avril 1896, p. 421. — **Newman Dorland**. A Classification of Puerperal Sepsis. *The Philadelphia Polycl.*, 1896, n° 15, p. 143. — **Ouimet**. De l'hémorrhagie dans le cas de placenta prævia lorsque le fœtus est mort et macéré. *L'Union médicale du Canada*, juin 1896, p. 322. — **Parisot**. Insertion vicieuse du placenta. *Revue internation. de méd. et de chirurgie*, Paris, 1896, p. 141. — **Pichevin**. Pseudo-avortement tubaire. *La Semaine gynécologique*, Paris, 23 juin 1896, p. 162. — **Remy**. De la putréfaction du liquide amniotique mélangé de méconium. *Rev. méd. de l'Est*, mars 1896, p. 165. — **Ritchie**. Osteomalacia; with a discussion of its ætiology and treatement. *Edinburgh medical Journal*, juin 1896, p. 1104. — **Roberts**. Placenta prævia with report of a case. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 23 mai 1896, p. 607. — **Saft**. Beitrag zur Lehre von der Albuminurie in der Schwangerschaft, Geburt u. in Wochenbett u. von ihrem Verhältniss z. Eklampsie. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LI, Hft. II, p. 207. — **Senlecq**. *Du délire post-éclamptique*. Th. Paris, 1896. — **Schræiler**. Ein Beitrag zur Statistik der Eklampsie. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LI, Hft. II, p. 358. — **Smith**. Tubal abortion. *The American Gynecological and Obstetrical Journal*, New-York, mai 1896, p. 601. — **Wilkinson**. A case of Rupture of the Uterus. *Lancet*, 1896, n° 3797, p. 1562.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Bellamy Gardner**. On the use of anæsthesia in obstetric

practice. *Brit. Gyn. J.*, mai 1896, p. 87. — **Bokelmann.** *Der gegenwärtige Stand der prophylaktischen Antisepsis in der Geburtshilfe u. ihre Durchführbarkeit in der ärztlichen Privatpraxis.* Halle, Marfold. — **Charpentier.** Sérothérapie anti-streptococcique. *La Sem. gynécol.*, 1896, n° 12, p. 89. — **Duret.** Des injections sous-cutanées massives de sérum artificiel dans les septicémies post-opératoires, dans les septicémies puerpérales, dans le choc traumatique, les toxémies et le collapsus hémorrhagique. *La Sem. gynécol.*, 1895, n° 13, p. 97. — **Hofbauer.** Zur Verwerthung einer künstlicher Leucocytose bei der Behandlung septischer Puerperalprocesse. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 17, p. 441. — **Kehrer.** Gaze tamponade des Mutterhalses zur Stillung der Hyperemesis Gravidarum. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 15, p. 393. — **Remy.** Antisepsie et sages-femmes. *Rev. méd. de l'Est*, 1896, n° 7, p. 193. — **Zinsmeister.** *Ueber Asepsis u. Antisepsis in der Praxis.* Teschen, 1896.

VARIA. — **Ancelet.** *Essai historique et critique sur la création et la transformation des maternités à Paris.* Th. Paris, 1896. — **Arndt.** Einzelbeobachtung am der universitäts-Frauenklinik zu Göttingen. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 24, p. 625. — **Bayer** et **Fröhner**. *Handbuch der thierarztlichen Chirurgie u. Geburtshilfe*, Vienne, 1896. — **Bielinkin.** *Contribution à l'étude de la syphilis post-conceptionnelle.* Th. Paris, 1896. — **Draper.** Notes on Case of Criminal Abortion. *The Boston med. a. surg. J.*, avril 1896, p. 429. — **Hartmann.** *Die Mittel zur Verhutung der Schwangerschaft, auf ihren Werth geprüst, u. ihre moralische Berechtigung.* Hägen, 1896 — **Patellani.** Noch ein Fall von einer supernumerären Brustwarze beim menschlichen Weibe. *Cent. f. Gyn.* 1896, n° 17, p. 449. — **Norris.** An American Textbook of Obstetrics for Practitioners and Students. *British med. J.*, avril 1896, p. 1040. — **Mayo Robson.** Some of the Relations of Pregnancy to Surgery. *British m. J.*, avril 1896, p. 892. — **Neisser.** *Steroscopischer medicinischer Atlas. Sammlung photograph. Bilder : Decidua menstrualis ; Frisch puerperaler Uterus ; Complete Uterusruptur ; Hintere Halfte des hochgraviden Uterus ; Placenta an e. Abortivei, etc.* Cassel, 1896. — **Polk.** A retrospect of twenty one years of gynecology and obstetrics, *Medical News*, Philadelphia, 6 juin 1896, t. I, p. 630. — **Porquet.** Statistique d accouchements. *L'Année médicale*, Caen 1895, n° 4, p. 53. — **Schenk.** *Lehrbuch der Embryologie des Menschen u. d. Wirbelthiere*, Vienne, 1896. — **Weichardl.** 1331 Geburten in der Hebammen-Praxis ohne Wöchnerinnentodesfall. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.* 1896, Bd. III, Hft. 6, p. 497.

Le Gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

1867



LE PROFESSEUR PAJOT

TITULAIRE DE LA CHAIRE THÉORIQUE D'ACCOUCHEMENTS

1883



LE PROFESSEUR PAJOT

TITULAIRE DE LA CHAIRE DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Août 1896

DISCOURS
PRONONCÉ AUX OBSÈQUES DU PROFESSEUR PAJOT AU NOM DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Par le professeur **A. Pinard.**

J'apporte au professeur Pajot le suprême adieu de la Faculté de Médecine et l'hommage de sa profonde reconnaissance.

Parlant au nom de l'École, je ne puis obéir à mon inspiration personnelle. Mais, faisant taire les souvenirs intimes qui m'étreignent, refoulant l'explosion de mes sentiments, je dois et je veux, sur cette tombe qui va se fermer, rappeler brièvement le rôle rempli et la place tenue par le Maître que nous pleurons aujourd'hui.

Dès 1842, s'accusait sa notoriété comme professeur libre d'Obstétrique ; en 1853, il entrait officiellement à la Faculté par cette grande porte qu'ouvre l'Agrégation.

En 1862, après avoir professé le cours des sages-femmes à la Clinique pendant dix années, après avoir suppléé successivement et le professeur Moreau et le professeur Paul Dubois, il fut nommé professeur titulaire de la Chaire d'accouchements. Il occupa cette chaire pendant vingt ans. En 1883, il fut nommé professeur de Clinique obstétricale et de Gynécologie et descendit volontairement de cette dernière Chaire, en abandonnant définitivement l'enseignement, en 1886.

Ainsi que je viens de le rappeler, pendant près d'un demi-siècle, Pajot consacra sa vie à l'enseignement.

Quel a été cet enseignement?

Interrogez les générations médicales qui, pendant cette longue période, sont venues s'écraser sur les bancs des amphithéâtres toujours trop étroits, et toutes répondront par cette phrase que j'ai le droit et le devoir de proclamer ici : « Cet enseignement a été incomparable! » Qui n'a vu, qui n'a pu entendre ce Maître dans le grand amphithéâtre de la Faculté, ne peut comprendre l'influence qu'il exerçait sur son *auditoire*. Quelle que fût la saison, malgré l'heure et la chaleur, les gradins disparaissaient, les murs se garnissaient, les escaliers se remplissaient et bientôt étaient encombrés. Dès que la douzième heure avait cessé de sonner, le silence faisait place au bruit et à l'agitation dans l'immense vaisseau ; un appariteur portant un verre d'eau poussait la petite porte et un tonnerre d'applaudissements longtemps prolongés se faisait entendre.....

D'une allure dégagée, un homme de haute taille, de prestance superbe, avait pénétré dans l'hémicycle et s'y tenait debout. Habillé de noir, cravaté de blanc, rasé de frais, les cheveux rejetés en arrière, et dégageant un front haut, portant sur ses larges épaules une tête d'où rayonnait la plus lumineuse des intelligences, telle apparaissait la mâle et sereine physionomie du Maître aimé.

Une parole abondante et nettement articulée, bien timbrée, sonore et puissante, retentissait bientôt dans la vaste enceinte. Mais elle ne suffisait pas. Sachant avec Horace que :

Segnius irritant animos demissa per aurem,
Quam quæ sunt oculis subjecta fidelibus, et quæ
Ipse sibi tradit spectator.....

une mimique étonnante de vérité venait de suite se joindre et se mêler à cette parole pour charmer en même temps les oreilles et les yeux. Aussi, quelle communion entre le Maître et les élèves. Il voit, il sait, il sent que l'on a bien compris ce qu'il voulait faire comprendre, il continue. Mais, bientôt, une tête se lève, les crayons s'arrêtent, de tous les

points de la vaste salle les yeux convergent vers l'hémicycle; Pajot se rend compte que sa pensée n'a pas été saisie, et de suite, sans effort apparent, il trouve une transition qui le ramène au point laissé dans l'ombre, et par un mot, un geste souvent, ou une phrase, si cela est nécessaire, il l'inonde de sa clarté. Respectueux de ses élèves, préparant ses leçons avec le plus grand soin, dressant son plan minutieusement, il arrivait avec l'intention formelle d'enfoncer, comme il le disait lui-même, trois ou quatre clous dans la tête de ses auditeurs.

Comme il savait les y faire pénétrer sans secousse et sans douleur ! Arrivé au moment psychologique, la formule la plus simple, l'image la plus nette et la plus heureuse, gravait d'une façon indélébile le précepte dans l'esprit.

Pénétré de cette idée vraie, à savoir que rien ne fatigue autant que l'attention soutenue, il semait son cours de récits, d'anecdotes racontées avec un esprit qui ne se lassait jamais et qui toutes, avaient trait ou au chapitre qui venait d'être exposé, ou à celui qui allait l'être.

Et toujours l'auditoire était étonné quand, au milieu d'une phrase intéressante, mais interrogative, s'arrêtant tout à coup, levant le bras, montrant l'horloge de l'index, Pajot disait : « Je n'ai plus qu'une minute ». — Comment, pensait-on, c'est déjà fini — et il reprenait : « La réponse à la question que je posais, je vous la donnerai dans la leçon prochaine », en inclinant sa tête en signe d'adieu. Et pendant que l'amphithéâtre retentissait à nouveau du bruit des applaudissements et des trépignements unanimes, le professeur, heureux et satisfait, faisant allusion à sa dernière phrase et pensant déjà au plaisir qu'il allait prendre, disait : « l'hameçon est amorcé ».

D'aucuns qui ne le connaissaient que superficiellement ont pu dire de lui qu'il était un acteur accompli ; d'autres, un orateur éloquent ; pour ceux qui le connaissaient bien, c'était le type parfait et le modèle du professeur, dans la plus belle et haute acception du mot.

Après avoir essayé d'esquisser et de faire apprécier la

forme de cet enseignement, je dois m'efforcer de dire ce qu'était le fond.

Élève de ce grand clinicien qu'était Paul Dubois, imprégné des meilleurs auteurs classiques, servi par un bon sens absolu, le fond de son enseignement ne le cédait guère à la forme. Privé d'un service d'accouchement, c'est-à-dire ne pouvant continuer à étudier chaque jour dans le grand livre de la nature, Pajot avait su mettre à contribution les livres des meilleurs maîtres et en extraire la moelle.

Les observations et les recherches cliniques de Baudelocque, de Madame La Chapelle et de Dubois, formaient le trépied de ce puissant enseignement obstétrical purement théorique. Et c'est ainsi que l'on parvient à concevoir comment tant de générations de médecins, qui n'avaient vu que des accouchements en effigie dans le grand amphithéâtre de la Faculté, ont pu pourtant, aux prises avec la réalité, rendre des services efficaces, et sauver nombre de femmes, guidées par les seuls préceptes du professeur Pajot.

Après avoir ainsi professé pendant vingt ans avec un succès et un éclat qui n'avaient jamais été dépassés, je pourrais même dire atteints, le Maître quitta le grand amphithéâtre pour prendre la direction de la Clinique de la rue d'Assas.

Dans ces nouvelles fonctions, il sut non seulement se montrer le digne élève de Dubois, c'est-à-dire observateur sagace et clinicien remarquable, mais encore, servi par une merveilleuse adresse, il se révéla à une nouvelle génération comme un opérateur des plus habiles.

Avec la largeur d'esprit qui le caractérisait, il accepta la plupart des nouveaux progrès, et c'est ainsi que l'on put voir entrer pour la première fois avec lui à la Clinique de la rue d'Assas, l'Asepsie et l'Antisepsie, qui n'avaient pu y pénétrer jusqu'alors, tandis que le Maître qui dirigeait la Maternité en avait démontré depuis longtemps la toute-puissance. Je pourrais insister davantage sur ce que nous devons au professeur Pajot, énumérer ses travaux. Je ne crois pas que ce soit ici le lieu ; justice, pleine justice lui sera rendue ailleurs.

Mais si j'ajoute à ce que je viens de dire que mon vénéré Maître, avec sa nature ardente et généreuse, quelquefois difficile à contenir et à modérer, fut toujours sans haine et sans fiel, qu'il fut aimé et mérita de l'être par la délicatesse de sa conscience et l'inflexible droiture de son caractère, qu'il fut enfin, pour ses amis et pour ses élèves, un soutien inébranlable, j'aurai fait comprendre, je pense, l'étendue de notre reconnaissance et la profondeur de nos regrets.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DES ABSENCES CONGÉNITALES DU VAGIN

Par **Marie Dumitrescu**, Dr en médecine.

La thérapeutique à suivre en présence d'une absence du vagin varie d'après un certain nombre de conditions, selon que l'absence de vagin existe seule, ou qu'elle est accompagnée des phénomènes qui caractérisent le molimen cataménial, ou bien qu'elle tient sous sa dépendance les accidents de rétention menstruelle.

I. — Absence du vagin avec phénomènes de rétention menstruelle

L'indication formelle et urgente, dans ce cas particulier, est de donner issue au liquide contenu dans la poche et de faire cesser les phénomènes de rétention.

On doit intervenir aussi rapidement que possible, avant même que l'utérus ne soit arrivé à former une poche volumineuse et que les trompes ne soient dilatées. Ce sont là des points sur lesquels tous les auteurs sont actuellement d'accord. Mais il importe aussi de parer aux accidents ulté-

rieurs ; il faut maintenir ouvert l'orifice de la poche et créer, si la chose est possible, un large canal, par lequel l'écoulement menstruel puisse facilement se faire. C'est dire qu'on doit rejeter, dans le cas particulier, les moyens palliatifs, en particulier les ponctions par le rectum, préconisées par Dubois, Scanzoni, Baker-Brown, la ponction ou l'incision de la vessie recommandée par Simon et Spiegelberg. Ce sont là, de même que l'incision parasacrée ou pararectale, des procédés d'exception. L'opération de choix est celle qui consiste à créer un vagin artificiel par l'un des procédés que nous indiquerons plus loin. Elle n'offre pas, dans ces conditions, de grandes difficultés, car il s'agit presque toujours d'absence partielle du canal vaginal. Mais ces interventions n'en sont pas moins dangereuses, vu les complications possibles du côté des trompes, vu la facilité de l'infection de la poche.

Ces dangers sont bien atténués de nos jours. Néanmoins, on cite encore de temps à autre des cas malheureux (1). En dehors de l'hématosalpingite, de la rupture possible de la trompe et de la pénétration du sang dans le péritoine, une dernière raison milite en faveur de l'intervention. Nous avons vu en effet que le sang peut s'altérer, même passer à la purulence. D'autre part, la seule stagnation des liquides n'est pas indifférente et Mathews Duncan a vu « des cas de septicémie et de péritonite survenant par suite de rétention du sang menstruel, qui ressemblaient beaucoup à la fièvre puerpérale, dans lesquels il n'y avait ni rupture, ni écoulement de liquide par les extrémités ouvertes des trompes de Fallope ».

Il est rare qu'on laisse la rétention menstruelle arriver à un degré tel que les trompes soient dilatées d'une façon notable. Mais lorsque la chose existe, quelle conduite tenir ?

---

(1) FLAMMARION. Absence congénitale du vagin. Imperforation du col. Intervention. Mort par septicémie. *Gaz. de Gynécol.*, 1er décembre 1886.

La plupart des auteurs estiment qu'on doit d'abord ouvrir l'hématomètre.

Riedinger (1) est d'un avis opposé. Il conseille de pratiquer d'abord la salpingectomie, puis seulement de créer une voie vaginale pour permettre l'évacuation du sang.

Dans un cas, en effet, où il agit inversement, il y eut périmétrite septique, suivie de la formation d'adhérences extrêmement étendues et résistantes. Celles-ci rendirent difficile la laparotomie.

D'autre part, il peut arriver que la création du vagin artificiel offre de grandes difficultés et ne puisse être menée à bonne fin. Dans ce cas la laparotomie s'impose d'emblée. Il en est ainsi dans le fait récent relaté par Decio (2) :

Un cas d'hématosalpinx avec hématomètre par absence congénitale du vagin. — Fille de 19 ans ; depuis l'âge de 11 ans, les fonctions menstruelles se sont manifestées uniquement par des douleurs abdominales, survenant à peu près régulièrement tous les mois et suivies d'une grande prostration des forces. Depuis quelques années, tuméfaction dans la région hypogastrique, localisée au siège même de la douleur. Abdomen un peu distendu à sa partie inférieure où la palpation révèle une tuméfaction diffuse, difficile à délimiter à cause de la douleur qui accompagne l'exploration. Cette masse, non mobilisable, est rénitente et un peu fluctuante vers ses extrémités qui s'avancent de chaque côté jusqu'aux éminences ilio-pectinées ; sur la ligne médiane elle présente une zone déprimée, située à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse et donnant à la percussion une résonance obscure. Vulve normalement conformée, mais à la place de l'hymen une petite zone ovale, imperforée, de coloration normale. Au toucher rectal, le doigt arrive à 9 centimètres de profondeur sur une masse arrondie, grosse comme une noix, qui, en raison de son siège sur la ligne médiane et de son prolongement piriforme, est reconnue pour le col de l'utérus ; sur les côtés, on

(1) Riedinger. *Prager Zeitsch.*, 1890, n° 73.

(2) Decio. *Atti Associazione Medica Lombarda*, janv.-févr. 1896.

trouve les masses déjà perçues au palper et qui ne sont autres que les trompes.

Le diagnostic est donc : *absence du vagin* et *hématomètre avec hématosalpinx bilatéral.*

Après incision transversale de la zone correspondant à l'hymen, Decio ne trouve aucune cavité rappelant même de loin un vagin rudimentaire ; les dilatateurs et le doigt ne pénètrent pas à plus de 4 centimètres de la brèche. Il se décide alors à enlever les annexes par la voie abdominale.

Laparotomie.—La malade étant dans la position de Trendelenburg, l'utérus apparaît augmenté de volume comme au 3e mois de la grossesse : de nombreuses vésicules, formées par les exsudats séreux enkystés, cachent les annexes ; une fois ces vésicules enlevées, on découvre la trompe gauche, grosse comme le poing, contournée sur elle-même et adhérente à l'excavation ; la trompe droite offre des caractères analogues, mais moins prononcés.

La *salpingectomie double* est suivie d'une guérison complète et l'utérus ne tarde pas à reprendre ses dimensions normales.

II. — Absence du vagin avec phénomène de molimen menstruel

Lorsqu'il n'existe pas d'utérus cliniquement appréciable, que les douleurs dysménorrhéiques survenant d'une façon périodique font tous les frais des accidents, il est probable que les ovaires existent et fonctionnent d'une façon satisfaisante. Dans ces conditions, l'intervention est tout aussi nettement indiquée, bien que moins pressante. Des succès ont été réalisés dans ces cas par l'opération de Battey, et Pozzi mentionne, d'après Las Casas dos Santos, les résultats heureux obtenus par ces interventions entre les mains de Tauffer, Langenbeck, Peaslee, Kleinwæchter.

Plus récemment, Strauch (1) a également vanté pour ces cas la castration ovarienne et Duvelius (2) rapporte une

(1) Strauch. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1888, XV, p. 138.
(2) Duvelius. *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, p. 143.

opération de ce genre, dans laquelle les ovaires enlevés renfermaient des corps jaunes et des cicatrices.

Néanmoins le résultat définitif peut n'être pas toujours aussi favorable, ainsi que le prouve l'observation suivante de Boursier, dans laquelle, malgré l'intervention, les crises reparurent, après quelques mois, avec tous leurs caractères :

Absence congénitale du vagin et des annexes gauches. Castration (1).

Anna D..., 20 ans, n'a jamais été réglée ; tous les mois, elle éprouve de violentes douleurs dans tout le ventre durant 5 à 8 jours et s'accompagnant de phénomènes nerveux très marqués, céphalalgie, toux rauque, attaque de nerfs, rarement de vomissements.

Vulve et un appareil clitoridien très peu développés.

L'orifice vaginal est remplacé par un urèthre allongé, en fente verticale de 2 cent. 1/2, circonscrit par un hymen en collerette complet. Le toucher vésical est facile.

Le toucher rectal et le palper bimanuel pratiqués avec soin, ainsi que le cathéter vésical, montrent qu'il n'y a pas trace de vagin. On ne rencontre non plus aucun vestige d'utérus, mais les annexes droites sont très facilement accessibles et semblent normales. A gauche, on ne trouve qu'une bride horizontale sans caractères bien nets.

Le 6 juin 1892, castration ovarienne. La laparotomie démontra la présence d'un ovaire et d'une trompe normaux à droite et permit de constater l'absence totale des annexes gauches. En même temps, utérus très rudimentaire, réduit à la moitié d'un corps atrophié et sans col. Cet utérus, entraîné par les annexes droites, était caché derrière la branche droite du pubis. La malade guérit très vite. Mais, dans les mois qui suivirent l'opération, les crises dysménorrhéiques reparurent avec tous leurs caractères primitifs.

Aussi Boursier pense-t-il, en s'appuyant sur cet insuccès, qu'il faut, dans les malformations vaginales accompagnées de dysménorrhée sans rétention menstruelle, distinguer et recourir, suivant les circonstances, à la création du vagin

(1) Boursier. *Bull. médical*, 1892, p. 1255.

artificiel ou à la castration de Battey. La première s'impose toutes les fois que, dans une absence complète du vagin, l'utérus paraît assez développé pour qu'on puisse compter ensuite sur un rétablissement à peu près intégral des fonctions génitales. La seconde est de mise, quand l'utérus n'est pas cliniquement reconnu ou qu'il est trop rudimentaire pour qu'il puisse se développer par la suite.

Il semble, en effet, qu'il faille bien distinguer les cas cliniques et ne pas appliquer à tous les cas de ce genre une même thérapeutique. Le fait suivant de Currier le démontre :

Absence congénitale du vagin. Castration. Création d'un vagin par refoulement (1). — Fille de 15 ans, présente tous les phénomènes du molimen menstruel. Au bout de quelque temps, apparition d'une tumeur qui s'ouvre spontanément dans le rectum. On pratique le drainage temporaire de cette poche, qui se referme spontanément. L'ablation des ovaires, pratiquée quelque temps après, ne réussit pas à calmer les phénomènes douloureux.

Création d'un vagin qui manquait totalement. On atteint le col. Dilatation longtemps continuée. Au cours de la vaginoplastie, on fit à la vessie une plaie qui se cicatrisa toute seule.

Depuis un an, les accidents dysménorrhéiques n'ont pas reparu.

III. — Absences non compliquées du vagin

Nous arrivons enfin à la troisième catégorie de faits. Ce sont ceux dans lesquels le vagin manque ; mais ce vice de conformation n'entraîne aucun des accidents que nous avons mentionnés plus haut ; l'utérus est absent, les ovaires eux aussi semblent faire défaut.

Est-on, dans ce cas, autorisé à intervenir ?

Un certain nombre de chirurgiens, Tillaux, Duplay, L. Tait, se refusent à opérer dans les cas de ce genre. Ils mettent en avant, pour défendre leur conduite, les dangers,

(1) Currier. *New-York J. of Gynecol. and Obst.*, 1893, III, p. 1066-88.

l'inutilité de l'opération, le point de vue moral et religieux.

Voyons ce qu'il faut penser de ces triples arguments.

a) Je ne veux pas ici envisager la question *au point de vue moral et religieux*. Ce côté de la question, de même que l'impuissance au point de vue médico-légal, sont bien étudiés dans la thèse de Baudry (1).

Comme le dit très bien Villar dans le travail qu'il a lu à la Société de chirurgie (2), les objections religieuses et morales qu'on a adressées à cette opération peuvent être renversées en s'en tenant au texte même des livres qui s'occupent des choses sacrées. Il semble, en effet, résulter de la lecture de ces livres que l'impossibilité de procréer n'est pas un empêchement au mariage. Puisque l'Église ne défend pas dans ses lois l'acte charnel entaché de stérilité, ce n'est donc pas aller contre elle que de mettre la femme dans la possibilité de l'accomplir. Et puis, comment le défendrait-elle, puisqu'après une hystérectomie ou une salpingectomie, telle ou telle malade se trouve dans les conditions de la femme à laquelle on a créé un vagin artificiel? Dira-t-on que c'est immoral d'extirper un utérus cancéreux pour que la femme soit réduite au plaisir charnel sans espoir de grossesse?

b) *L'opération est-elle dangereuse?* Il est certain que la réfection d'un vagin artificiel est difficile et délicate. Une foule d'exemples démontrent que l'intervention, non seulement lors d'atrésies très étendues, mais lors d'imperforations étroites, peut avoir une issue fatale.

Dupuytren, Sabatier, Cazeaux ont mis en garde contre les périls imminents. Nélaton, Billroth, Langenbeck et bien d'autres chirurgiens, avant l'antisepsie, ont eu à déplorer des issues funestes dans des interventions peu sérieuses en apparence.

(1) BAUDRY. *De l'intervention chirurgicale dans les cas d'absence du vagin*. Th. de Bordeaux, 1893-1894, n° 50, p. 69 et 78.

(2) VILLAR. *Bull. de la Société de chirurgie*, 1895.

Les auteurs plus récents ont invoqué, contre la création d'un vagin artificiel, quel que soit le but qu'on se propose par une semblable opération, plusieurs arguments : ils s'appuient sur la possibilité de lésions des organes voisins, sur la rupture possible du sang accumulé dans les trompes, sur l'infection septique.

De la rupture possible d'une hémato-salpingite, il ne saurait en être question ici. Quant aux dangers de septicémie, ils n'existent plus guère de nos jours, au moins lorsqu'on opère avec toute la rigueur désirable et qu'il n'existe pas de collection sanguine.

Enfin que doit-on penser de la blessure des organes voisins, vessie, rectum, péritoine ? Ce péril est réel. L'opération, en effet, ne se présente pas toujours dans les mêmes conditions. Tantôt la prétendue cloison recto-vésicale est fort mince et, au niveau du point où normalement le rectum se coude et se rapproche du col utérin, elle acquiert souvent une minceur telle que beaucoup de chirurgiens n'ont osé pousser au delà, de crainte de blesser l'un des organes (vessie, rectum). Il existe, en effet, des cas dans lesquels semblable accident est survenu.

Nous avons déjà cité ceux de Baker Brown et de Stanard. D'autres ont été publiés et sont relatés par Breisky et par Riedinger.

Il faut reconnaître cependant que la blessure de la vessie ou du rectum n'est pas commune. Cela ne tient pas uniquement à l'habileté de l'opérateur, mais aussi à la disposition anatomique du vice de conformation. En effet, dans bien des cas, il s'agit non d'une absence vraie, mais d'un développement rudimentaire, d'une imperforation de la totalité du vagin.

Au triangle périnéal, allant du méat à l'anus, succède un cordon fibreux, facile à apprécier et au sein duquel le chirurgien se guide facilement dans son travail d'approche vers les parties profondes. Et de fait, dans les opérations dont nous donnerons la relation plus loin, on verra que ces accidents sont rarement survenus. Ils n'en sont pas moins réels,

à tel point que quelques chirurgiens, plus réservés, ont proposé des procédés opératoires spéciaux.

On peut enfin léser le péritoine. Quels sont donc les rapports précis de la séreuse pelvienne? Nous avouons que nous n'avons pas trouvé à cet égard de documents susceptibles d'éclaircir ce point et c'est plutôt d'après un raisonnement théorique, pensons-nous, que Baudry écrit les lignes suivantes :

Si l'utérus existe, le péritoine l'enveloppera comme d'habitude et se réfléchira en avant et en arrière à la hauteur ordinaire.

Si l'utérus manque, l'accolement de la vessie et du rectum se faisant à une hauteur variable, le cul-de-sac péritonéal sera situé plus ou moins haut dans le bassin.

En général, le péritoine va directement de la face antérieure de l'intestin à la face postérieure de la vessie ; quelquefois on rencontre un pli peu accusé de la séreuse, allant de droite à gauche ; plus souvent existent de chaque côté des plis bien accusés, véritables ligaments larges renfermant une lamelle musculaire très mince, rudiment de l'utérus d'où partent des ligaments ronds ; ou bien ces ligaments larges sont formés par l'accolement des deux feuillets seuls de la séreuse.

On comprend d'après ces données, que la blessure du péritoine soit possible ; mais elle est bien exceptionnelle, si nous en jugeons par les faits que nous avons pu recueillir ; elle est, en tout cas, plus rare encore que celle de la vessie ou du rectum.

Nous n'avons trouvé parmi les faits assez récents qu'un seul cas (Veit) où l'ouverture du cul-de-sac de Douglas eut lieu et fut réellement constatée au cours de l'opération.

Les craintes opératoires sont donc tout au moins exagérées et actuellement, avec notre antisepsie, la lésion accidentelle du rectum, de la vessie ou du péritoine n'est plus guère à redouter. Une semblable lésion se cicatrise souvent seule et évolue sans donner lieu à aucun phénomène fâcheux.

c) *L'opération est-elle inutile ?* — Certes la création d'un vagin artificiel serait tout à fait inutile, si elle prétendait permettre la conception et la grossesse, puisque les organes génitaux profonds sont atrophiés ou absents. Car il faut faire abstraction des cas curieux relatés par Emmet et par Fletcher.

Fletcher, cité par Hegar et Kaltenbach, a entrepris la création d'un vagin artificiel, sans qu'il existât de phénomènes de molimen ou de rétention. Il s'agissait d'une femme de 22 ans, mariée, présentant un vagin complètement oblitéré. Le canal de l'urèthre se trouvait dilaté à la suite de tentatives de coït. Peu après l'opération, on vit apparaître le sang menstruel et la femme put devenir enceinte.

Ce sont là des éventualités sur lesquelles on ne doit pas compter. Mais est-ce une raison suffisante pour prétendre que la création d'un vagin artificiel soit toujours une opération inutile, puisqu'elle ne peut viser qu'un but, celui de permettre un coït infructeux ?

Assurément non. On voit, en effet, des femmes désespérées du vice de conformation dont elles sont atteintes, devenant nerveuses, hystériques, ayant des tendances au suicide. Ces malheureuses réclament une intervention ; nous ne sommes guère en droit actuellement de la leur refuser, étant donnée sa bénignité.

En l'absence d'utérus, le chirurgien est autorisé, dans certaines conditions, à intervenir, chez une femme, pour faire un vagin qui n'existe pas ou est insuffisant, dans le seul but de permettre la copulation. Est-ce à dire qu'il atteindra toujours le but qu'il se propose à la satisfaction des deux conjoints ? C'est un point qu'il faudra examiner plus loin, après que nous aurons exposé la technique opératoire.

IV. — Technique de la création d'un vagin artificiel

Nous avons, dans les pages précédentes, essayé de poser les indications et les contre-indications de l'établissement

d'un vagin artificiel; nous allons essayer, à présent, de fixer le meilleur procédé opératoire au point de vue des résultats définitifs.

Un grand nombre de procédés ont été préconisés; nous les indiquerons successivement, puis nous jugerons leur valeur.

A. *Incision.* — Ce procédé ancien consiste, la malade étant dans la position de la taille, un cathéter étant dans la vessie et un doigt dans le rectum, à couper transversalement, à petits coups de bistouri ou de ciseaux, les tissus interposés, jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur la poche sanguine ou à une profondeur suffisante. On opère donc constamment à l'aide de l'instrument tranchant. Mais ce procédé a donné des insuccès presque constants; il expose à des blessures sérieuses des organes voisins; aussi depuis les échecs de Haen, Macfarlane, Maisonneuve, etc., a-t-il été généralement abandonné. Cependant on n'a pas toujours échoué et Le Fort rapporte dans sa thèse (1) un beau fait dans lequel Huguier réussit, à l'aide du bistouri seul, à se créer une voie jusqu'à une profondeur suffisante pour arriver sur le col. La malade guérit et put se marier.

Néanmoins l'expérience a montré que, par le procédé de l'incision, le rétrécissement consécutif est presque fatal et souvent tel qu'il va jusqu'à l'oblitération.

Exceptionnellement on a cité des cas heureux. Il en était ainsi chez une femme opérée par Richet. En la revoyant plusieurs années après, il fut surpris de trouver un vagin très dilaté; il est vrai que la patiente, sachant qu'elle n'avait pas d'utérus et ne pouvait être mère, s'était faite fille publique.

B. *Refoulement.* — Il semble que ce procédé ait été imaginé par Amussat (2) en 1832. Ce chirurgien conseillait

(1) Le Fort. *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin.* Th. d'agrégation, 1863, p. 153.

(2) Amussat. *Observations sur une opération de vagin artificiel.* Brochure, Paris, 1835.

d'avancer lentement, à petits pas, de refouler chaque jour les tissus dans la rainure vulvaire et de décoller jusqu'à une profondeur suffisante la vessie du rectum. Il mit ainsi quinze jours pour arriver jusque sur le foyer sanguin qu'il cherchait. Ce procédé a été longtemps en faveur, actuellement il est tombé en désuétude. Il est beaucoup trop long, lorsqu'il s'agit de parer aux accidents, parfois pressants, de rétention cataméniale, et donne d'aussi mauvais résultats définitifs que l'incision simple.

C. *Électrolyse.* — Elle a été mise en usage par Le Fort sur une malade, que ce chirurgien a présentée guérie à l'Académie de médecine (séance du 1er avril 1876). Cette femme, âgée de 26 ans, avait ressenti, dès l'âge de 15 ans, les troubles généraux qui accompagnent les périodes menstruelles; mais, par suite de l'absence du vagin, les règles ont été remplacées par des hémorrhagies supplémentaires, hémoptysie, hémorrhagies par la peau des jambes qui se fendillait, épistaxis, accompagnées de douleurs toujours très vives et souvent atroces. En 1872, elle était entrée à la Pitié, où M. Léon Labbé lui avait pratiqué successivement dix opérations qui n'avaient eu pour résultat que de créer un infundibulum vulvaire de quelques centimètres de profondeur. Découragée par l'insuccès de ces tentatives, la malade quitta l'hôpital, après y avoir séjourné plusieurs mois. Les douleurs, les hémorrhagies supplémentaires continuant, elle était entrée en 1875 à Beaujon où M. Th. Anger lui fit sa onzième opération qui augmenta la profondeur de l'infundibulum, mais qui fut suivie d'une pelvi-péritonite grave.

Le Fort traita la malade en janvier 1876. Le moyen qu'il employa consista à introduire un cylindre de buis terminé par un embout métallique, mis en rapport avec le pôle positif d'une batterie de petits éléments au sulfate de cuivre, le pôle négatif aboutissant à une plaque métallique entourée d'un linge mouillé placé sur l'abdomen ; le courant était très peu énergique, afin de ne pas provoquer de douleurs et de n'amener de petites eschares qu'au contact immédiat des réophores métalliques.

L'appareil était mis en place chaque soir et conservé toute la nuit. Peu à peu la tige fit son chemin dans la cloison vésico-rectale et, le 26 février, elle avait pénétré jusqu'au col utérin, car, pour la première fois, la malade eut à l'époque menstruelle un écoulement de sang par le vagin, écoulement peu abondant, se faisant jour difficilement encore, car il y eut, conjointement, des douleurs abdominales et une légère hémoptysie. Mais le mois suivant, le traitement, qui avait été continué, avait creusé un canal suffisamment large, les règles furent normales, sans douleurs, et eurent lieu depuis avec la plus grande régularité. Le 1er juillet, le traitement fut repris pour donner au vagin une largeur suffisante.

Le 29 juillet, l'examen au spéculum permettait de constater la présence du col utérin, col petit et irrégulier, placé à 10 centimètres de profondeur.

Un hystéromètre entrait à 5 centimètres dans la cavité utérine.

Bien que Le Fort ait obtenu un réel succès, l'électrolyse a, comme la méthode d'Amussat de laquelle nous l'avons à dessein rapprochée, l'inconvénient d'être un procédé lent. Bon quand on redoutait les infections septiques, elle expose, malgré toutes les précautions, à la production d'eschares trop étendues, susceptibles, à leur chute, d'ouvrir la vessie ou le rectum. Aussi Le Fort n'a-t-il guère trouvé d'imitateurs.

Je passe à dessein sous silence des procédés qui se rapprochent des précédents et dans lesquels on se fraie une voie à l'aide des caustiques chimiques ou du thermocautère. Ces procédés n'ont plus qu'un intérêt historique.

D. *Incision et décollement.* — Cette méthode mixte a été imaginée par Dupuytren en 1817.

A égale distance de l'urèthre et de l'anus, on pratique au bistouri une incision transversale et avec l'aide des doigts ou d'instruments mousses, on cherche à décoller les parois de la vessie de celles du rectum.

Aussitôt que, par le décollement, on est arrivé assez près de la poche pour sentir la résistance, on y plonge un trocart, on laisse écouler un peu de liquide; puis retirant le trocart, on le remplace par une sonde cannelée et, à l'aide d'un bistouri boutonné, on incise latéralement sur la sonde.

Ce manuel opératoire convient aux cas où existent l'utérus et la partie supérieure du vagin, le premier fournissant du sang aux époques menstruelles et la portion persistante du vagin se dilatant pour le recevoir.

Frank a ainsi opéré dans un cas de pyocolpos (1). Le même procédé a été employé en plusieurs autres cas que nous allons de suite mentionner:

OBS. I — *Création d'un vagin artificiel par incision et refoulement. Excellent résultat* (2). — X..., 15 ans. Entrée dans les premiers mois de l'année 1866. Elle se plaint de douleurs vives dans les reins et le bas-ventre, avec nausées, vomissements et état fébrile assez intense. Ces accidents ne duraient d'abord que quelques jours et revenaient d'une façon périodique.

Au-dessous du méat, on constate un hymen normal et arrivant en arrière jusque près de la commissure postérieure des grandes lèvres. La membrane offre à son centre un petit orifice qui pouvait recevoir l'extrémité d'un stylet : mais celui-ci est brusquement arrêté et ne peut pénétrer au delà de quelques millimètres.

A 6 centimètres de l'anus, on sent une saillie en forme de boudin qui semble remonter du côté du pubis. Cette saillie n'est pas exclusivement médiane ; elle empiète un peu à droite ; elle est très dure.

Le toucher rectal combiné au cathétérisme vésical permet de constater l'abscence du vagin sur une longueur de 4 centimètres.

On fit sur le périnée une incision transversale comme pour la taille prérectale de Nélaton. En cheminant vers la profondeur

(1) FRANK. *Centr. f. Gyn.*, 1893, p. 836.

(2) DOLBEAU. Absence cong. du vagin. Création d'un artificiel. Guérison. *Gaz. hôpit.*, 1866, p. 333. — BONNECAZE. *Trait. chir. des imperforations congénitales du vagin.* Thèse de Paris, 1872. — DOLBEAU. De la création d'un vagin artificiel et des suites éloignées de cette opération. *Bull. de thérap.*, 1874, I, p. 97.

par voie de décollement, on arriva sur une poche distendue qui fut largement ouverte et d'où s'écoula une assez grande quantité de sang noirâtre.

Suites opératoires satisfaisantes. Un mois plus tard les règles n'avaient pas reparu. Dilatation quotidienne du vagin avec un gros cylindre en étain.

Le 18 août, les règles sont arrivées.

Le 4 octobre, on constate que le vagin est resté perméable et qu'on peut y introduire deux doigts.

En mars 1872, Dolbeau revoit la malade, qui est devenue une grande et belle femme et qui vient lui demander si elle peut se marier. Dolbeau constate l'existence d'un canal muqueux qui commence là où devrait exister le périnée, c'est-à-dire à 3 millimètres en avant de l'anus. Ce canal, creusé le long de la paroi antérieure du rectum, est tapissé par une muqueuse lisse et humide ; on peut y introduire facilement l'index et le médius réunis. Ce canal se laisse déprimer un peu d'avant en arrière, mais surtout de bas en haut. A l'extrémité de ce canal souple long de 5 centimètres, on heurte contre l'orifice d'un canal fibreux, qui ne permet pas l'entrée du doigt et qui s'oppose à ce qu'on atteigne le col de l'utérus. On arrive à faire pénétrer un hystéromètre sur une longueur de 3 à 4 centimètres.

L'utérus est à sa place et on peut le sentir au travers de la paroi rectale.

La malade est bien réglée tous les mois.

Dolbeau permit le mariage ; il apprit que le coït pouvait se faire régulièrement, à la satisfaction des deux époux.

La malade est devenue enceinte et, avec l'aide du professeur Tarnier, l'accouchement a eu lieu à terme et a été assez facile.

Obs. II. — *Absence complète du vagin avec atrésie de l'utérus. Création d'un vagin par refoulement* (1). — M. L..., 14 ans 1/2, souffre depuis un an de douleurs périodiques dans le bas-ventre, qui reviennent à présent plus intenses et plus longues. L'examen de la région hypogastrique fait découvrir une tumeur arrondie, élastique, atteignant presque l'ombilic et s'étendant un peu plus à gauche de la ligne médiane. Pas trace de vagin dans ses deux tiers antérieurs. Vulve normale.

(1) Reeve. *Med. News*, 1884, XLIV, p. 441.

[illegible] ... dila- [illegible] ... permit le dis- [illegible] ... trocart ; [illegible] ... un diamètre utérin. [illegible]

[illegible] ... 15 jours [illegible] ... naturellement sans dou- leur.

[illegible] — [illegible] d'un [illegible] — Une négresse, âgée [illegible] ... sa mère. Elle était [illegible] ... Elle [illegible] ... dans le bassin [illegible] ... avaient com- mencé en [illegible] 4 jours. [illegible]issaient [illegible] ... plusieurs semaines elles étaient [illegible] ... progressivement [illegible]

[illegible] ... de l'ab- [illegible] ... d'un utérus [illegible] ... manifestement fluc- [illegible]

[illegible] de vulve. Tout l'espace compris entre l'urèthre et [illegible] par une masse ferme, charnue, sans trace [illegible] du vagin. Aucun bombement comme celui qu'on [illegible] dans l'imperforation de l'hymen, aucune trace d'inflam- [illegible] ou de ramo[illegible]issement.

Au toucher rectal, on constate à 6 centimètres de l'anus une [illegible] fluctuante ; impossiblité de sentir un col utérin ; pas de tissu entre vessie et rectum ; donc vagin absent. Cependant le schéma annexé par Da Costa à son observation semble indiquer que le corps périnéal était assez développé.

Opération, le 17 avril. — Incision transversale au-dessous du méat urinaire, creusement du vagin, à l'aide des ciseaux et du doigt, un cathéter étant dans la vessie et l'index gauche dans le rectum. Arrivé à une faible distance de la collection, on y plonge un trocart ; l'ouverture est rapidement élargie, et on évacue

(1) DA COSTA. *Medical News*, Philadelphia, sept. 1894, p. 269.

une grande quantité de sang poisseux. Lavages antiseptiques.

On continue pendant 15 jours la dilatation avec l'instrument de Sims. La malade a été revue au bout de plusieurs mois en parfait état ; le résultat était satisfaisant et le néo-canal n'avait aucune tendance à se rétrécir.

Obs. IV. — *Absence de vagin. Création d'un artificiel par incision et refoulement* (1). — « J'ai eu l'occasion, dit Thédenat, d'observer une femme forte, robuste, qui, à l'âge de 13 ans, avait éprouvé des coliques dans les deux côtés du ventre et quelques douleurs dans les reins ; ces phénomènes ne s'étaient pas accompagnés d'écoulement sanguin. Puis elle s'était mariée et ses rapports sexuels avaient été très difficiles.

Par l'examen on constate que l'urèthre n'est pas dilaté, que l'orifice vulvaire conduit à une cavité profonde de 4 à 5 cetimètres, qu'il existe un utérus piriforme et des ovaires. Cette malade a remarqué qu'à chaque période menstruelle, très douloureuse, l'utérus augmente de volume, sans qu'il y ait d'hémorrhagie externe. Avec beaucoup de précaution et lentement, j'arrive à pratiquer à travers les tissus un conduit qui me permet d'atteindre le col. Je fais le cathétérisme de la cavité utérine ; il en sort un sang noirâtre.

Lorsque je l'examinai de nouveau, l'utérus me parut avoir diminué de volume. La malade partit et pendant 4 à 5 mois, elle a eu une menstruation constituée par quelques gouttes de sang. Mais le vagin que j'avais créé artificiellement n'ayant pas été maintenu dilaté, s'est peu à peu rétréci. Les douleurs ont repris. »

Obs. V. — *Absence congénitale du vagin. Création d'un artificiel par incision et décollement* (2). — Femme mariée, âgée de 22 ans. Depuis l'âge de 17 ans, elle ressentait tous les malaises qui accompagnent les règles ; mais jamais l'écoulement sanguin n'a eu lieu. Le coït a toujours été impossible.

Organes génitaux externes normaux. Pas trace d'orifice vaginal. L'examen montre qu'il s'agit d'une absence congénitale du vagin avec rétention menstruelle.

5 mars. Une incision transversale est pratiquée, immédiatement au-dessous du méat et allant de la racine d'une petite lèvre à

(1) Thédenat. *Nouveau Montpellier médical*, 1893, II, p. 416.

(2) Mollière. *Lyon médical*, 1879-80, XXXII, p. 451.

[illegible] dans le rectum, une sonde dans la vessie, [illegible] le bistouri, à l'aide des [illegible]. Pendant les manœuvres des vaisseaux [illegible] : l'hémorrhagie abondante qui [illegible] hémostatiques. On [illegible].

Une mèche [illegible] dans le vagin qui a 8 centimètres [illegible]. Le lendemain, substitution [illegible].

Le [illegible] jour après l'opération, menstruation abondante sans douleurs.

Pendant deux mois, la malade [illegible] l'hôpital, néglige l'introduction [illegible] d'une sonde dans le vagin.

Quand on la revoit le [illegible] juin, on trouve le nouveau vagin considérablement rétréci, paraissant recouvert d'une muqueuse de nouvelle formation. Dilatation au moyen d'éponges préparées.

Elle quitte l'hôpital le 29 août 1879, avec la recommandation de continuer à introduire chaque jour des corps dilatants. La guérison ne s'est pas démentie et la menstruation a toujours été normale depuis l'intervention.

On voit que, dans tous les cas que nous venons de relater, l'opération a été exécutée à peu près de la même façon. Elle est simple en général.

L'hémorrhagie n'est guère à redouter. On ne l'a guère observée, assez sérieuse, que dans le dernier fait que nous venons de rapporter, celui de Mollière. Il en était de même dans un autre dû à Hildebrant cité par Breisky, dans lequel il fallut faire le tamponnement.

La méthode mixte de Dupuytren, plus ou moins modifiée, a été mise en usage également dans des circonstances anatomiques différentes. L'utérus, en effet, peut manquer, ou s'il existe, le col peut être oblitéré. Il en était ainsi chez la jeune fille de Polaillon. N'étant guidé par aucune poche sanguine et craignant que la distension des parties juxta-utérines n'amenât la blessure des culs-de-sac péritonéaux, ce chirurgien a pratiqué son opération en deux temps. Voici l'opéra-

tion de M. Polaillon qui est un modèle, et qui, pour ce motif, mérite d'être rapportée avec détails :

Obs. 6. — *Absence complète du vagin. Douleurs menstruelles périodiques. Création d'un vagin artificiel* (1). — La nommée M. D..., couturière, âgée de 21 ans, entre le 10 mars à la Pitié. A l'âge de 15 ans, elle commença à souffrir dans le ventre. Les douleurs débutèrent tout à coup, prirent une grande intensité et durèrent peu de temps. Après 3 mois de calme, nouvelles douleurs dans le bas-ventre et les reins; puis cessation après 3 jours. Jusqu'à 18 ans, mêmes douleurs se reproduisant à intervalles variables. Mais, à partir de cet âge, elles se régularisèrent, revenant au commencement de chaque mois, durant plusieurs jours. Parfois une crise de diarrhée, non mélangée de sang, survenait vers le 2e ou 3e jour de la période douloureuse. Dans ce cas, les souffrances étaient moins vives et duraient moins longtemps.

Organes génitaux externes bien développés. Mais il n'y a point d'ouverture vulvaire. Si l'on déprime, avec l'extrémité du doigt, la muqueuse qui tapisse l'espace compris entre le méat urinaire et la commissure postérieure des grandes lèvres, on est immédiatement arrêté par un plan très résistant.

En palpant le ventre, on sent, entre l'ombilic et le pubis, une tumeur mobile, lisse, arrondie, grosse comme une orange, douloureuse à une forte pression. Par le toucher rectal, on trouve à une profondeur de 8-9 centimètres, l'extrémité inférieure de la tumeur abdominale. Celle-ci se termine en bas par une saillie dure, qui paraît être le col d'un utérus.

Une sonde étant introduite dans le vagin, on voit qu'elle n'est séparée du rectum que par une mince couche de tissu. Il n'y a entre rectum et vessie aucun vestige du conduit vaginal. Il n'y a même pas, comme on l'observe dans les cas analogues, un cul-de-sac supérieur du vagin, dans lequel le col de l'utérus viendrait s'aboucher et dans lequel le sang des règles s'accumulerait.

1re *opération*, le 23 mars. — Chloroformisation.

« Avec le doigt, je déprime en cul-de-sac la muqueuse, au niveau du point où doit se trouver l'entrée vaginale ; puis j'incise

---

(1) Polaillon. *Bullet. mém. de la Soc. de chir.*, 29 mars 1887. — *Gaz. médic. de Paris*, 1887, n° 15, p. 169.

transversalement au fond de ce cul-de-sac. En agissant ainsi par la pression du doigt je défonce la paroi recto-vaginale. Une grosse sonde, introduite dans la vessie, m'indique à chaque instant où est la vessie. Le toucher rectal m'apprend en même temps si je me rapproche trop du rectum. A mesure que je pénètre plus profondément, j'aide l'action du doigt avec une spatule mousse. Je creuse ainsi un large canal qui a la longueur de l'index et qui arrive jusqu'au voisinage de l'utérus. Il est impossible de reconnaître le col de cet organe qui se déplace avec une grande facilité, comme un corps flottant dans l'abdomen. »

La plaie est irriguée avec une solution phéniquée et le trajet vaginal rempli avec des tampons de gaze iodoformée.

Le 30. Les tampons sont enlevés. Le vagin artificiel admet un spéculum Cusco ordinaire. Cette exploration ne fait découvrir aucune saillie ressemblant à un col utérin. En pratiquant le toucher, on constate que le fond du vagin est encore à 3 centimètres de l'utérus. Nonveau remplissage du vagin avec de la gaze iodoformée.

8 avril. Quelques petites douleurs dans le bas-ventre. Mais les douleurs qui apparaissaient dans les premiers jours du mois ne se font plus sentir.

Le 12. Le conduit vaginal s'est notablement rétréci et l'introduction du spéculum est très douloureuse. Mais, en se rétrécissant, les parois du vagin artificiel sont devenues plus solides et plus épaisses. Les fonctions vésicales et rectales s'accomplissent bien.

2e *Opération*, le 15. — Chloroformisation.

« Je constate que le rétrécissement du vagin artificiel a surtout lieu à une distance de 2 ou 3 centimètres de la vulve. Dans ce point le doigt rencontre une sorte d'anneau plus résistant en arrière qu'en avant, anneau qui est vraisemblablement formé par la perforation du releveur et de ses aponévroses. Au-dessus de ce rétrécissement annulaire, on trouve un cul-de-sac de 2 ou 3 centimètres de profondeur. A ce moment, le vagin artificiel n'avait donc qu'une longueur totale de 5 à 6 centimètres.

Mon premier soin fut d'élargir cet anneau en déchirant avec le doigt les tissus qui formaient son contour. Puis une sonde étant introduite dans le vagin et un doigt dans le rectum, je me mis à cheminer vers l'utérus en décollant les tissus avec une spatule mousse.

Enfin, j'arrive jusqu'à l'utérus. Cet organe est si mobile et si profondément placé, que, pour explorer son segment inférieur, il faut le fixer et l'abaisser, en pressant fortement sur la région hypogastrique. Je reconnais un col sur lequel il m'est impossible de trouver un orifice. Je me résous à inciser l'utérus. Pour cela je me sers de la lame en rondache d'un scarificateur du col. Je dirige la lame avec le doigt jusqu'au contact de la paroi utérine et je l'incise à peu près dans le point où l'orifice devait exister. Cette incision n'offrant pas une étendue suffisante, je l'agrandis avec un lithotome à deux lames que j'introduis fermé dans la cavité utérine et que je retire avec un écartement des lames réglé à 2 centim. 1/2.

Au moment de l'inciser avec le scarificateur, une cuillerée à bouche d'un liquide noirâtre sans odeur s'est écoulée par le vagin. Après agrandissement de l'incision avec le lithotome, nouvel écoulement d'un liquide semblable. La quantité totale de ce liquide peut être évaluée à un quart de verre. L'utérus n'est plus distendu.

L'opération s'est terminée sans lésion de la vessie ni du rectum. Le péritoine qui est voisin de l'incision utérine ne semble pas avoir été intéressé. Le vagin artificiel est rempli de tampons iodoformés. »

Le 17. Les tampons, n'offrant pas assez de résistance contre la rétraction cicatricielle, sont remplacés par cinq drains en caoutchouc rouge, gros comme le petit doigt, attachés les uns aux autres de manière à former un faisceau cylindrique long de 10 centimètres. Tous les jours, injection antiseptique dans ces tubes sans les déplacer.

Le 21. Le toucher et le palper combinés font constater que l'utérus est notablement revenu sur lui-même. Son bord supérieur offre 2 bosselures latérales séparées par une encoche. Au fond du vagin on voit à l'aide du spéculum une surface rouge de bourgeons charnus.

3 mai. Les douleurs menstruelles ne se font pas sentir, l'utérus ne se tuméfie pas. Le liquide qui s'écoule par le vagin semble un peu plus abondant et plus coloré. Les époques suivantes sont caractérisées par des douleurs ou pesanteur dans les reins et ténesme anal. Mais elles ne donnent lieu à aucun écoulement par la vulve et l'utérus n'est pas le siège d'une tuméfaction appréciable.

L'opérée a porté constamment, pendant 4 mois, le cylindre vaginal formé par des tubes en caoutchouc. Néanmoins, la rétraction cicatricielle a diminué le calibre et la longueur du néo-vagin. L'orifice vulvaire s'est constitué aux dépens de la muqueuse des parties génitales externes qui a été attirée en dedans, à mesure que les bourgeons charnus du conduit vaginal se cicatrisaient. L'établissement d'un orifice vulvaire bien bordé par la muqueuse a permis de remplacer les tubes de caoutchouc par un pessaire à air que l'on dilatait dans le vagin après son introduction.

13 novembre 1886, M. D... quittait la Pitié. Elle avait un vagin permettant la copulation. Elle n'était pas réglée. Mais les douleurs excessives qui accompagnaient avant l'opération chaque menstruation avaient été remplacées par un malaise fort supportable. »

Le professeur Tillaux est également partisan d'une intervention, conduite en plusieurs séances ; il conseille d'opérer au bistouri, au thermocautère ou à l'aide de l'électrolyse.

Emmet, au contraire, n'est nullement un adepte de l'opération pratiquée en plusieurs séances. En effet, dit ce chirurgien, si on ne pratique qu'une partie de l'opération et qu'on la complète plus tard, la rétraction se fera toujours au point où s'est terminée la première opération et où on a commencé la seconde. Ce sera là une source d'irritation pour l'avenir, puisqu'il faut toujours dilater davantage la bande, avant de pouvoir dilater l'autre portion du canal. La surface de canal est essentiellement cicatricielle et se rétractera à un degré plus ou moins considérable ; mais quand la cicatrisation s'est faite sur du verre, elle se rapproche davantage comme caractère de la membrane muqueuse. Lorsque les tissus ont été divisés avec le couteau, la rétraction est toujours plus grande que lorqu'ils ont été lacérés ou divisés au moyen de ciseaux. Si on ouvrait un passage avec le couteau seul, le tampon serait graduellement expulsé par adhérence des surfaces de haut en bas, jusqu'au retour de l'état primitif. Cela arrivera toujours, à moins qu'une certaine portion de la membrane muqueuse ne soit restée intacte à la partie supérieure du canal.

Lorsqu'on a simplement fait une section du vagin, aussi longtemps qu'on maintiendra la bougie en place, le diamètre requis pourra être conservé, mais si l'on cesse de s'en servir, les tissus incisés se rétracteront graduellement jusqu'à ce que le faux passage soit oblitéré ou réduit à un simple sinus. L'expérience nous enseigne qu'une surface qui a été déchirée se guérit moins rapidement qu'une surface qui a été divisée avec le couteau.

En conséquence, si les tissus ont le caractère cicatriciel, on cherchera à gagner du temps, comptant sur l'effet modificateur de l'absorption que déterminera la pression du dilatateur.

Polaillon, ainsi que nous l'avons vu, dut, dans une seconde intervention, inciser le col imperforé pour donner issue au sang contenu dans l'utérus.

Azéma, lui aussi, dut remédier à cet accident dans un cas publié dans ce recueil (1).

Obs. 7. — *Atrésie étendue du vagin. Hématomètre. Opérations multiples* (2). — Jeune fille de 16 ans, présentant tous les phénomènes de rétention des règles. Absence presque totale du vagin.

1re *Opération.* — La muqueuse du cul-de-sac vulvo-vaginal est incisée transversalement sur une longueur de 2 cent. 1/2, puis on pénètre avec le doigt à 3 centimètres de profondeur. Ponction exploratrice et dilatation de l'orifice ainsi créé. Celui-ci se rétrécit et se ferme rapidement.

2e *Opération.* — Réouverture du canal. On blesse la vessie au cours de l'intervention. La plaie faite à celle-ci est suturée et se ferme.

3e *Opération.* — On recommence, en pénétrant entre rectum et vessie, à l'aide d'instruments mousses; évacuation de la collection sanguine ; suture de la poche à l'orifice du col utérin artificiellement créé. Guérison définitive.

Un hématosalpinx constaté au moment de la première opération s'évacue spontanément et totalement par le néo-vagin.

---

(1) Azéma. *Annales de gynécologie,* mars 1893, p. 214.

(2) Riedinger. *Wien. Med. Woch.*, 1886, nos 46-47

OBS. 8. — *Absence du vagin. Création d'un artificiel par incision et refoulement* (1). — Jeune fille de 17 ans, entrée le 16 août 1889. Jamais réglée. Depuis 3 ans souffre tous les mois de vives douleurs dans le bas-ventre. On sentait dans la région de l'utérus une tumeur du volume du poing. L'examen sous le chloroforme fait reconnaître une absence du vagin dans ses deux tiers antérieurs ; l'hymen est intact ; les organes génitaux externes et les seins sont bien développés.

Opération le 7 novembre. — Incision en H ; la branche transversale passant à égale distance de l'anus et de l'urèthre, les deux verticales longeant les petites lèvres. On pénètre avec les précautions habituelles jusqu'à 6 pouces de profondeur. On ne découvre pas trace de col. Ponction, avec un bistouri, dans la partie la plus accessible de l'utérus. On enfonce un cathéter dans la cavité de celui-ci ; évacuation de sang ; diminution de la tumeur abdominale. Lavage ; drains à demeure ; tamponnement iodoformé. Néanmoins le nouveau canal a, d'emblée, une grande tendance à se rétrécir. Au bout de 10 jours, se produit une forte décharge sanguine. Depuis, la malade est restée bien portante.

Le vagin artificiel admet deux doigts. Le 7 décembre, la menstruation s'est accomplie d'une façon normale.

Notre maître M. Gérard Marchant est allé plus loin et voici son intéressante observation :

OBS. 9. (inédite) — *Imperforation de l'hymen et absence totale du vagin. Création d'un vagin artificiel. Laparotomie et abouchement du col utérin au fond du néo-vagin.* — La nommée Marie G..., âgée de 19 ans, entre le 24 mars 1893 à l'hôpital Laënnec, salle Chassaignac, n° 10.

Antécédents. — Cette malade a eu deux sœurs, mortes l'une de fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans, l'autre à la suite d'abcès multiples. *Ces deux sœurs n'avaient jamais été réglées.*

Vers l'âge de 17 ans, la malade elle-même a ressenti pour la première fois de vives douleurs de la tête, dans les reins et le bas-ventre. Ultérieurement, ces symptômes se sont reproduits tous les mois. Ces douleurs, qui duraient 3 ou 4 jours environ, s'accompagnaient de vomissements verdâtres assez abondants.

(1) MORE-MADDEN. *Lancet,* 1890, I, p. 286 et 290.

C'est à 18 ans, c'est-à-dire un an plus tard, que la malade a commencé à ressentir, en même temps que les autres symptômes, de vives douleurs dans la jambe gauche. Ces douleurs spontanées, augmentant par les mouvements, se sont depuis reproduites tous les mois, accompagnant toujours les douleurs lombaires et les douleurs abdominales qui, dès lors, ont pris dans la fosse iliaque droite une intensité toute particulière.

24 mars. La malade entre pour la première fois à l'hôpital et en sort le 27 avril.

Dans ce laps de temps, une crise s'étant produite et, comme un point particulièrement douloureux existait vers l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, incision jusqu'à cette épine. On ne trouve pas de pus (opération le 23 mars).

16 mai. La malade entre pour la seconde fois à l'hôpital et en sort le 6 juin. Toujours mêmes symptômes.

Elle revient une 3e fois le 31 juillet. On apprend alors qu'elle n'était pas réglée. L'examen au spéculum montre une vulve régulièrement conformée, mais un hymen imperforé.

22 juillet. Incision de l'hymen. On constate alors une absence totale du vagin. Décollement assez laborieux du tissu cellulaire entre la vessie et le rectum. La nouvelle cavité est comblée avec de la gaze iodoformée.

Bientôt les tissus se réunissent et une nouvelle intervention est jugée nécessaire. Le décollement des parois est poussé alors beaucoup plus loin et on arrive sur une masse dure qu'on reconnaît être l'utérus.

Dans le vagin ainsi formé, on place à demeure un drain très gros.

Bientôt celui-ci tombe et la cavité tend à se refermer. Depuis ce moment, on dilate tous les jours la cavité vaginale avec le doigt ; mais la tendance au rétrécissement est très accusée.

Enfin les règles ne sont pas apparues et tous les mois, elle présenta les signes analogues à ceux qu'elle accusait à son entrée à l'hôpital.

Aussi, après avoir créé un vagin et maintenu ce vagin dilaté, M. Gérard Marchant a-t-il pensé qu'il y avait mieux à faire, puisque la malade continuait à souffrir au moment de ses époques. Il chercha si, dans le fond du vagin, il ne pourrait pas aboucher le col utérin. Toutes les manœuvres vaginales, en s'aidant de la

palpation et du refoulement utérin par l'abdomen ou le rectum, étant restées infructueuses, il fit une laparotomie. Après avoir découvert l'utérus, il constata que cet utérus était rudimentaire et les ovaires minuscules ; il repoussa l'utérus, saisi à pleine main par son fond, vers le vagin ; puis, avec une pince fixatrice, il saisit à travers les tissus, la portion répondant au col utérin, et l'attira dans le cul-de-sac vaginal. Ne pouvant l'y fixer, il laissa la pince à demeure *pendant 4 heures*, après s'être assuré, par un travail d'approche avec le doigt, que le col utérin était bien au fond du vagin.

Les suites opératoires ont été des plus simples. Cette malade n'a pas souffert et elle a eu ses règles ; *une fois*. M. Gérard Marchant a constaté l'écoulement sanguin ; il s'est réduit à une tache ayant les dimensions d'une assiette et a duré un jour.

Depuis, la malade a eu le 1er octobre un suintement sanguin (vu par les surveillantes) ; 10 et 11 décembre, douleurs de ventre ; vomissements et apparition de taches sanguines, le premier jour peu appréciables, le second jour plus nettes, puisque la malade en compare les dimensions à celles de plusieurs pièces de 5 francs.

Dans l'intervalle des règles, ne souffre plus du ventre et n'a pas de perte.

Ainsi qu'on le voit, l'observation de notre maître est instructive à plus d'un titre.

Elle nous montre d'abord les difficultés diagnostiques en présence desquelles on peut se trouver, puisqu'il était facile de croire à une simple imperforation de l'hymen alors que le vice de conformation résidait en une atrésie complète du canal vaginal. Mais il y a plus. En effet, nous voyons ici un cas relativement exceptionnel : celui de la coïncidence de l'atrésie hyménéale avec l'absence du vagin. C'est seulement après avoir incisé la première qu'on découvrit la seconde lésion.

M. Gérard Marchant est d'abord intervenu par la section de l'hymen, puis il a refait un vagin par le procédé du décollement, tel que le pratiquent la plupart des chirurgiens actuels. Mais, abstraction faite du résultat défectueux obtenu par cette intervention, puisque le vagin se rétrécit

rapidement, nous voyons que la malade continue à souffrir.

Dans ces conditions, M. G. Marchant a imaginé une fort ingénieuse opération. Pensant, en effet, que les phénomènes douloureux étaient imputables, soit à la présence des ovaires, soit à une petite distension utérine, il a voulu s'assurer *de visu* de l'état de ces organes. Après avoir reconnu qu'il lui était impossible, par des manœuvres multiples, d'aboucher le col dans le vagin, il s'est décidé à faire une laparotomie.

Il a ainsi pu découvrir la matrice, reconnaître que celle-ci était rudimentaire, que les ovaires étaient atrophiés. Néanmoins, étant donnée la présence des deux organes, étant donnés les phénomènes douloureux, il était indiqué de tenter l'abouchement du col au fond du vagin nouvellement créé. M. Marchant, pour atteindre ce but, a procédé ainsi que nous l'avons dit plus haut. Le résultat a été satisfaisant, puisque l'écoulement menstruel a semblé reparaître.

Est-ce à dire que nous conseillerons d'employer dans tous les cas une méthode semblable à celle que notre excellent maître a mise en œuvre ? Assurément non. Lorsqu'après avoir créé un néo-vagin, les souffrances s'atténuent et disparaissent, il nous semble qu'on devra se contenter de cette seule intervention. Mais si les douleurs cataméniales continuent et, à plus forte raison, si elles tendent à croître en intensité, l'opération de M. Gérard Marchant paraît indiquée dans un certain nombre de cas et peut être mise en parallèle avec la castration de Battey. Sans doute, dans la plupart des cas, l'utérus restera néanmoins rudimentaire, mal conformé ; il ne sera qu'un organe moral. Mais il ne faut pas perdre de vue les éventualités heureuses, exceptionnelles cependant, que nous avons indiquées plus haut. N'avons-nous pas rapporté les cas de Fletcher, d'Emmet, dans lesquels, les règles se sont rétablies d'une façon régulière à la suite d'une simple restauration vaginale.

La patiente de Fletcher est même devenue enceinte et a heureusement accouché.

Il est bien évident qu'en tenant compte de ces cas, l'opération de M. Gérard Marchant trouvera dans quelques circonstances une indication absolument rationnelle et qu'elle sera, dans des conditions faciles à comprendre, un complément indispensable de la création d'un vagin artificiel. — Ce n'est pas seulement lorsqu'il existe des accidents de molimen cataménial ou de rétention des règles que la méthode, plus ou moins modifiée, d'incision et décollement, sans ou avec création d'un orifice utérin artificiel, a été mise en œuvre. Elle a été employée souvent aussi lorsqu'il s'agit simplement de refaire un vagin dans le but de permettre la conjugaison sexuelle ou de parer à des inconvénients très légers. Il en est ainsi dans les faits suivants :

Obs. 10. — *Absence complète du vagin. Création d'un vagin artificiel par incision et décollement* (1). — M. Segond a relaté en ces ternes à la Société de chirurgie, séance du 30 octobre 1895, le fait suivant :

Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans qui s'est adressée à moi en novembre 1893 avec un récit dont voici les détails les plus saillants : Elle n'a jamais eu ni ses règles, ni le moindre trouble relevant de cette absence. Mariée depuis le 23 mars 1892, le coït s'est montré tout d'abord absolument irréalisable. Après six mois de tentatives infructueuses, Mme X... s'est décidée à voir un médecin. Celui-ci aurait incisé une bride (?) puis conseillé d'achever la guérison en dilatant la région avec un petit spéculum Ricord. Ce dernier conseil n'a jamais pu être suivi ; mais après la petite incision en question, le coït est devenu possible. De ce côté, tout était donc pour le mieux et c'était uniquement parce que Mme X... désespérait d'avoir jamais un enfant qu'elle venait me consulter.

Ainsi renseigné, je commençai par toucher sans regarder. Cette première exploration me démontra aussitôt que le coït se faisait dans l'urèthre. Car une pression très légère de mon index le conduisit incontinent dans la vessie, jusqu'à la garde, sans éveiller la douleur.

Passant alors à l'examen visuel, je constatai ce qui suit : Exté-

(1) Segond. *Bullet. de la Société de chirurg.*, 1895. XXI, p. 642.

rieurement rien d'anormal : poils abondants sur le mont de Vénus, et bonne conformation des grandes lèvres. Clitoris en place et bien développé. Au-dessous de lui, un méat se présentant sous la forme d'une fente verticale, à bords comme frangés et très épais. Petites lèvres peu développées se perdant insensiblement sur le périnée, sans rien qui rappelle la fourchette. Enfin, au-dessous du méat et entre les petites lèvres, simple surface lisse, très peu étendue et peu dépressible.

Bref, il s'agissait d'un cas d'absence complète du vagin, et tout ce qui s'était passé depuis le mariage devenait très clair. Pendant les premiers mois du mariage, le mari avait vainement tenté de déprimer la surface lisse tendue d'une petite lèvre à l'autre, puis, dans la suite, secondé ou non par la petite incision dont j'ai parlé, et sans se douter que c'était l'urèthre qui avait cédé à ses efforts, il avait pu croire que son but était atteint.

En présence de ces constatations, j'ai mis la malade au courant de la situation, et voici l'opération fort simple que je lui ai pratiquée le 16 avril 1894 : incision transversale de la muqueuse tendue d'une petite lèvre à l'autre, puis, à l'aide de l'index et de quelques coups de ciseaux, dédoublement de la cloison recto-vésicale. Ce dédoublement, fait sans plus de difficulté et sans plus d'hémorrhagie que celui d'une cloison recto-vaginale normale, m'ayant bien vite permis l'introduction de la totalité de l'index, sans qu'il m'ait été possible d'arriver nettement sur un organe quelconque pouvant rappeler un utérus, j'ai cru prudent de borner là l'intervention.

Au fond du long conduit résultant du dédoublement, je sentais bien un petit noyau induré, mais ce noyau était si peu et si peu semblable à un utérus, même rudimentaire, que je n'ai pas voulu risquer une perforation péritonéale, pour le mieux dégager, d'autant que, de chaque côté de ce noyau, l'exploration la plus minutieuse ne m'a pas donné trace de quelque chose ressemblant aux annexes. Cet état plus que rudimentaire de l'appareil génital interne était d'ailleurs en conformité avec le fait que Mme X..., malgré son aspect extérieur et ses penchants essentiellement féminins, n'a jamais eu, à aucune époque de la vie, un trouble de santé, pouvant faire songer à une poussée cataméniale quelconque.

Quoi qu'il en soit, j'ai cru prudent de limiter mon intervention

à la création du conduit dont je vous ai parlé. Ce conduit, creusé en plein tissu cellulaire avait, comme je l'ai déjà dit, la longueur de l'index, et sans songer à mieux, je me suis contenté de déprimer autant que possible, à son entrée, le peu de muqueuse dont je pouvais disposer. Comme pansement, j'ai bourré assez fortement avec de la gaze iodoformée que j'ai laissée en place pendant 11 jours.

Pendant les six semaines qui ont suivi, la béance du conduit a été assurée par une série de dilatateurs avec des bougies de volume convenable. Enfin, tout écoulement ayant cessé, j'ai pu laisser à la dilatation physiologique le soin de maintenir les choses en état.

A cette heure il est bien certain que le vagin artificiel n'a plus la profondeur que je lui ai primitivement donnée ; mais je puis, tout au moins, vous donner l'assurance que ce qu'il en reste est suffisant. J'ai eu des nouvelles toutes récentes de Mme X... et la dilatation physiologique a fait, paraît-il, son œuvre d'une façon définitive et très satisfaisante.

Obs. 11. — *Absence de vagin et d'utérus. Création d'un vagin artificiel par incision et refoulement* (1). — P. R.., âgée de 22 ans, mariée depuis 3 ans, n'a jamais eu ses règles ; néanmoins, depuis 2 ans, elle prétend avoir tous les mois, à époque fixe, une sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

Aspect normal de la fente vulvaire, des lèvres, et du clitoris. En écartant les petites lèvres, on découvre une membrane oblitérant le vagin, présentant une légère dépression avec une sorte de cicatrice centrale, rappelant en petit la cicatrice ombilicale.

Le méat urinaire est normal. Absence d'utérus. La face postérieure de la vessie est directement appliquée sur la face antérieure du rectum. Dans la fosse iliaque droite, on trouve une petite masse à sensibilité spéciale qui paraît être l'ovaire droit.

Opération, le 22 juillet 1892. — A partir de la cicatrice centrale, on incise transversalement la cloison et on arrive dans la lame cellulaire prérectale post-vésicale. L'incision transversale est prolongée jusque sur la face interne des petites lèvres, de façon à produire une sorte de débridement qui permet de la refouler dans la dépression artificielle qui sera le vagin.

---

(1) Albertin. *Province méd.*, 1893, p. 160.

On décolle ensuite la vessie du rectum, temps facile par suite de la laxité du tissu intermédiaire. Ce décollement fait sur une hauteur de 10 centimètres au moins, on introduit et on laisse un pessaire Gariel entouré de gaz iodoformée.

Pas la moindre réaction inflammatoire. Le pansement consiste dans l'enlèvement du pessaire Gariel, suivi d'irrigation d'eau bouillie sous faible pression ; chaque pansement était accompagné d'une séance de dilatation, soit par le pessaire Gariel, soit par une baudruche remplie d'eau sous pression.

Le pessaire à demeure fut remplacé par des tampons iodoformés.

La malade sort 20 jours après. Au toucher, on constate une dépression de 10 centimètres. La muqueuse était très nette sur le pourtour de l'orifice, sur une étendue de 4 centimètres en profondeur.

Revue le 15 mars ; malgré la dilatation, le conduit artificiel s'est notablement rétréci. Néanmoins l'index pénètre à une profondeur de 6 centimètres ; les parois de la cavité sont assez souples.

L'état mental de l'opérée, qui devenait inquiétant avant l'opération par ses tendances lypémaniaques, s'est très amélioré.

Obs. 12. — *Absence congénitale du vagin. Création d'un artificiel par incision et refoulement* (1). — Femme née en 1856. Jamais réglée. Mariée en 1872. En 1875, un médecin essaie de faire un vagin ; mais, convaincu que l'utérus est absent, il s'arrête à deux pouces de profondeur et tente de dilater le cul-de-sac à l'aide d'éponges préparées. Insuccès complet.

En 1881, Fulton voit la malade pour la première fois, elle se plaignait de céphalalgies, de vertiges. Chaque mois, elle était prise d'épistaxis périodiques, de congestion intense du visage, de palpitations tumultueuses du cœur, de difficultés de respirer.

L'examen des organes génitaux externes ne révèle rien d'anormal. Au-dessous de la vulve, tissu de cicatrice, résultant de la première intervention. Le cathétérisme vésical et le toucher rectal font reconnaître une absence complète du vagin. On découvre un « soupçon d'utérus ». Pas trace d'ovaires ni de trompes, appréciables au palper hypogastrique.

---

(1) Fulton. *Americ. Jour. of Obstetric.*, sept. 1892, p. 331.

Le 20 avril 1890, création d'un vagin artificiel par incision et refoulement d'après la méthode d'Amussat. Lavages et dilatations prolongés. Depuis, le coït a pu s'accomplir d'une façon suffisante, et la patiente, le 10 juin 1891, se déclarait très satisfaite de son état.

Obs. 13. — *Absence du vagin. Création d'un artificiel par incision et refoulement* (1). — Grandin a observé une femme de 21 ans, mariée depuis deux ans, qui se plaignait à lui de douleurs très vives au moment de la conjugaison sexuelle. Jamais réglée. A l'examen : bassin infantile ; organes génitaux externes normaux. Urèthre très dilaté, donnant passage à trois doigts. Pas d'incontinence d'urine.

Absence complète du vagin. On sent, à la place de l'utérus, un minime nodule induré.

Création du vagin par la méthode du décollement et rétrécissement du canal uréthral. Bon résultat immédiat et fonctionnel.

Obs. 14. — *Absence totale du vagin et de l'utérus. Création d'un vagin artificiel par incision et décollement* (2). — Jeune fille de 22 ans, bien développée, mais portant à la main droite un pouce supplémentaire, composé de deux phalanges, situé à la partie interne du pouce, long d'environ 4 centimètres et soudé à celui-ci au niveau de son articulation métacarpo-phalangienne.

Pas de menstruation. Pas de douleurs périodiques ; aucune hémorrhagie supplémentaire. La malformation des organes génitaux a été constatée par hasard lors d'un examen pour troubles dyspeptiques. La malade désirant se marier, réclame vivement une intervention.

Etat actuel. — Organes génitaux externes bien conformés. Au-dessous du méat, repli muqueux pouvant faire croire à un hymen, se laissant déprimer sur une profondeur de 2 cent. 1/2.

Le toucher rectal combiné à l'exploration vésicale montre que la vessie est directement accolée au rectum, dont elle est séparée par une cloison, et qu'il n'y a pas trace d'utérus. Toutefois le bipalper fait reconnaître profondément la présence de deux organes symétriquement placés, qui donnent la sensation de deux trompes normales.

---

(1) Grandin. *Americ. J. of Obstetric.*, mai 1895, et *Centralbl. f. Gynäkol.* 1895, p. 1283.

(2) Binaud. In Th. Baudry (obs. XII, p. 44).

Opération, le 23 novembre 1893. — Incision au bistouri de 2 centim. environ partant de la fourchette et se dirigeant vers le méat. Le voile muqueux signalé plus haut est complètement sectionné, le bistouri est laissé de côté et le doigt décolle la cloison recto-vaginale. Ce décollement est rendu difficile par la présence de plusieurs trousseaux fibreux résistants. On arrive ainsi à une profondeur de 6 à 7 centimètres. On s'arrête alors dans la crainte de blesser les organes profonds.

Lavage antiseptique de la plaie qui est bourrée avec une mèche iodoformée enduite de vaseline boriquée.

Suites opératoires simples. La malade est pansée tous les deux, puis tous les trois jours jusqu'au 19 janvier 1894. Le pansement consiste en un lavage soigneux du néo-vagin, qui est ensuite dilaté avec le doigt et des tampons iodoformés à demeure.

Obs. 15. — *Absence congénitale du vagin. Création d'un artificiel par incision et refoulement* (1). — Une jeune fille de 20 ans, non réglée, m'est adressée par le Dr Audouin. A l'examen je constate une imperforation du vagin avec absence d'utérus. Une sonde introduite dans l'urèthe et un doigt dans le rectum se rencontraient à une distance de 6 centimètres. Pas trace de conduit vaginal; le constricteur du vagin paraissait exister. Entre le rectum et la vessie se trouvait un espace triangulaire à base antérieure et d'une profondeur de 6 centimètres.

Il existe dans la fosse iliaque droite une tumeur due à l'ovaire tuméfié. La jeune fille vint me trouver, désolée de n'être par normalement constituée. En présence de son chagrin profond, j'ai opéré.

Voici ce que j'ai rencontré : Le vagin n'existait pas, mais il n'y avait pas d'adossement complet entre l'urèthre et le rectum ; ce n'est qu'à une profondeur de 6 centimètres que les deux conduits se touchaient. J'ai donc pu faire un vagin de 6 centimètres. J'ai fait une incision transversale en écartant les parties, puis j'ai placé dans le cul-de-sac, pendant les premiers jours, un cylindre de gaze phéniquée, plus tard des bougies rectales. Depuis trois mois que l'opération a été faite, il n'y a pas de rétrécissement du conduit vaginal.

---

(1) Demons. *Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1884. In Th. Baudry. p. 21.

J'ai revu ma malade le 7 novembre 1893. A cette époque, le vagin artificiel admet facilement deux doigts et est très extensible dans tous ses diamètres. Le fond peut être déprimé jusqu'à une profondeur de 10 centimètres en arrière du bord des grandes lèvres. Le constricteur vaginal qui existe permet un certain resserrement volontaire des parois.

Obs. 16. — *Absence du vagin. Création d'un artificiel par refoulement*, (1). — Jeune fille de 17 ans, éprouve depuis un an des phénomènes de molimen menstruel, mais n'a aucun écoulement sanguin.

La vulve parait bien conformée ; l'hymen est dense, imperforé. La palpation bimanuelle ne fait reconnaitre ni utérus, ni collection fluctuante. Cependant la patiente déclare qu'au moment des époques, elle constatait une tuméfaction dans les parties latérales du bas-ventre. Ellis l'ayant examinée à une période cataméniale, n'a pu la constater.

Opération. — L'hymen, dense et résistant, est coupé avec quelque difficulté. A l'aide de ciseaux et du doigt, on sépare la vessie du rectum. On constate qu'il s'agit d'une absence totale du conduit vaginal, que remplace un tissu spongieux aréolaire. On ne découvre ni utérus ni trompes. Dilatation progressive sur des tubes en verre laissés à demeure.

La malade n'a pas été suivie assez longtemps pour qu'on puisse se prononcer sur le résultat définitif.

S'il'on en excepte le fait de Dolbeau dans lequel le résultat a été réellement magnifique, on voit que, le plus souvent, il faut lutter énergiquement contre la rétraction cicatricielle. Celle-ci est en général telle que la patiente ne retire presque aucun bénéfice de l'intervention, et qu'au bout d'un certain temps le canal vaginal se trouve réduit à nouveau à un petit cul-de-sac qui ne peut même plus servir à la copulation. Ainsi des chirurgiens ont dû faire, dans bien des cas, des opérations successives.

Il faut, quoi qu'il en soit, un traitement complémentaire de fort longue durée, afin de parer à cette atrésie consécutive.

(1) Ellis. *New-York med. Record*, 1890, t. 38, p. 492.

Malgré les moyens multiples mis en œuvre, le résultat définitif reste cependant fort imparfait,

Ces moyens consistent dans une dilatation continue ou temporaire.

La dilatation continue est réalisée par des artifices les plus divers : tampons iodoformés, pessaires Gariel, cylindres gradués, cylindres en verre, en buis, etc., laissés à demeure. On se propose ainsi d'obtenir la cicatrisation du canal à l'état de distension constante, tonique, si l'on veut. Les chirurgiens américains, en particulier, vantent cette manière de faire qui leur aurait donné de bons résultats ; mais il suffit de parcourir leurs observations, pour constater qu'eux aussi ont des insuccès fréquents et beaucoup de leurs malades n'ont pas été suivies un temps suffisamment prolongé.

Du reste cette dilatation à demeure n'est pas sans offrir des inconvénients. Galabin (1) a relaté l'observation d'une malade de 18 ans, chez laquelle la pression continue, exercée par les dilatateurs en verre, avait fini par déterminer une eschare et une fistule vésico-vaginale.

La dilatation temporaire s'opère à l'aide des doigts ou de spéculums de divers modèles. Mais elle est très douloureuse, nécessite l'emploi du chloroforme dans bon nombre de cas et peut provoquer des phénomènes nerveux intenses (Breisky). Aussi, plus encore que la précédente, expose-t-elle à des mécomptes.

Pour ces raisons, bien des chirurgiens renoncent à lutter par des cylindres ou des tampons contre la rétraction cicatricielle ; ils proposent de substituer à ces moyens le revêtement du néo-vagin par des lambeaux de peau ou de muqueuse. De là sont nés de nouveaux procédés qu'il nous faut maintenant signaler. Nous les exposerons, en indiquant dans le cours même des observations, le *modus faciendi* des divers chirurgiens, qui, jusqu'à ce jour, ont eu recours à ces interventions plastiques.

---

(1) GALABIN. *London obstetr. Transact.*, 1880, p. 257.

E. — *Procédés autoplastiques.* — On dit parfois que la vaginoplastie proprement dite a été imaginée par Schlesinger; cela n'est pas exact, ainsi que le prouve l'observation de ce chirurgien (voir obs. XXIV). Piqué a surtout attiré l'attention sur les avantages de l'autoplastie par glissement, faisant remarquer qu'elle n'est pas irréprochable.

C'est Heppner (1), 1872, qui le premier semble l'avoir mise en œuvre. Il fit à la peau une section en H, obtint ainsi deux lambeaux supérieur et inférieur, qu'il refoula d'avant en arrière dans le canal qu'il venait de créer. Crédé (2) pratiqua une colpoplastie analogue dans un cas de sténose acquise. Après lui Braithwaite (3) l'a mise en usage dans les occlusions de naissance.

Chez nous, nous la voyons employée, avec diverses variantes, par Picqué, Shwartz, Delagénière, Roux, Drouin, etc., dans les faits dont nous donnons ci-dessous l'histoire.

Obs. 17. — *Absence du vagin. Colpoplastie* (4). — Chez une femme de 26 ans, bien développée, avec organes génitaux externes normaux, existait une absence du vagin et, sans doute aussi, de l'utérus et des ovaires. La malade voulait se marier; elle se trouvait, par suite de sa malformation, dans un état psychique tel qu'elle voulait se suicider.

Création d'un vagin au bistouri et à l'aide d'instruments mousses sur une longueur de 7 centimètres. Dilatation d'abord avec des tampons iodoformés, puis avec des instruments spéciaux. Le canal se raccourcit et se rétrécit peu à peu. Le mariage n'eut pas lieu, mais les manifestations de surexcitation cérébrale n'ont pas reparu.

Schlesinger (5) a revu sa patiente l'année suivante. Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'opération, le vagin a perdu le tiers de sa longueur. Mais depuis 5 mois, il ne s'est plus produit de rétraction ultérieure.

(1) Heppner, St-Petersb. med. Woch., 1872, p. 552.
(2) Crédé, [illegible], 1884, XXII, p. 229.
(3) Braithwaite, Obst. Transact., London, 1890, p. 259.
(4) Schlesinger, [illegible], 1886, t. 29, p. 341.
(5) Schlesinger, [illegible], 1887, n[illegible]

Obs. 18. — *Absence congénitale du vagin. Utérus rudimentaire, trompes et ovaires normaux. Opération autoplastique. Création d'un conduit vaginal artificiel. Guérison* (1). — Joséphine D..., âgée de 17 ans et demi, entre le 9 juillet 1889, salle Pascal, A, n° 16, dans le service de M. Pozzi. Elle n'a jamais été réglée et n'a jamais éprouvé de malaise du côté du bas-ventre ou des mamelles. A 16 ans, elle tenta, mais en vain, de pratiquer l'acte génital; par contre, le coït anal a été souvent exécuté. Un médecin, l'ayant examinée, lui avait déclaré qu'elle avait une imperforation de l'hymen et lui fit sans aucun résultat un débridement.

Les organes génitaux externes et les petites lèvres ont leur conformation normale. En écartant ces dernières, on voit une dépression minime de 1/2 centimètre se terminant en cul-de-sac. Un examen approfondi démontre l'absence totale du vagin et l'accolement de la vessie et du rectum par une cloison cellulo-fibreuse. Par le rectum, on sent, à 10 centimètres de profondeur et sur la ligne médiane, une petite masse arrondie de la grosseur d'une petite noisette et qui paraît être l'utérus rudimentaire. A droite et à gauche de cette masse on sent deux cordons qui roulent sous le doigt et paraissent les trompes normales. Plus haut existent deux corps ovoïdes, les ovaires dont la pression provoque la douleur typique.

Opération 22 juillet. — Chloroforme. Incision courbe à concavité supérieure au niveau de la fourchette. La muqueuse, qui tapissait le cul-de-sac vulvaire, est soigneusement disséquée; une ligne fibreuse s'insérant au sommet du cul-de-sac est découverte; c'est l'espace qui sépare la vessie du rectum. Avec grand ménagement, s'aidant des doigts et de la spatule, on chemine dans l'espace inter-vésico-rectal. Plus la dissection s'avance, plus elle devient difficile et l'aide du bistouri devient bientôt indispensable. Après avoir décollé les deux feuillets de la cloison sur une longueur d'environ 6 centimètres, M. Picqué s'arrête, car le danger de la perforation des organes est extrême.

La muqueuse vestibulaire, qui avait été décollée au premier temps de l'opération, sert à tapisser la paroi supérieure du vagin artificiel où elle est fixée par des points de sutures au catgut. Quant à la paroi inférieure, elle est tapissée par la peau de la

(1) Picqué. *Annales de gynécol.*, février 1890, p. 124.

région inter-vulvo-anale disséquée et portée par glissement jusqu'au fond de la dépression où elle est également maintenue par des catguts. Ainsi est créé un canal vaginal tapissé mi-partie par de la peau, mi-partie par de la muqueuse ; il admet aisément l'index sur une longueur de 6 centimètres. Réunion par première intention.

Au bout de 8 jours, la partie profonde du vagin commence à se rétracter ; il y a une sorte de bride cicatricielle qui tend à rétrécir le calibre vaginal. On fait une dilatation quotidienne avec les doigts et des tampons iodoformés. Grâce à ce traitement, la profondeur reste convenable. Quand la malade quitte l'hôpital le 15 août, son canal vaginal est souple, long de 6 centimètres.

Note. — La malade revient vers fin octobre : elle raconte que son vagin a diminué de profondeur et qu'elle a dû revenir à d'anciennes pratiques. L'examen démontre que le vagin n'a que peu diminué de profondeur, environ 1 centimètre ; ce n'est certes pas tant la diminution de profondeur que l'absence des conditions physiologiques du vagin normal qu'incrimine la malade.

Néanmoins, sur ses instances, M. Picqué se décide à détacher ses lambeaux, à les rapporter plus en arrière du côté de l'utérus, Il a cependant été impossible de faire plus que lors de la première opération, tant est intime l'adhésion de la vessie au rectum. La malade a toutefois été replacée dans les conditions primitives, c'est-à-dire qu'elle quitte de nouveau l'hôpital avec un vagin d'environ 6 centimètres de longueur. *(A suivre.)*

DEUX OBSERVATIONS DE PÉRITONITE

Communiquées par M. **Nélaton**.

I. — J'ai l'honneur de présenter à la Société une jeune femme, opérée en 1890, par M. Terrillon (1) pour une péritonite tuberculeuse. Cette jeune femme fut déjà présentée à la Société par M. Terrillon le 18 juin 1890, guérie de sa péritonite tuberculeuse. Elle resta guérie pendant quatre ans, reprit ses occupations et eut une santé parfaite. Depuis deux ans, elle souffrait du ventre,

(1) *Bullet. de la Soc. de chir.*, p. 469.

elle avait des coliques et les accidents douloureux ayant augmenté dans les derniers temps elle était venue me consulter.

En l'examinant, j'avais constaté l'existence de deux trompes volumineuses et fluctuantes, et j'avais rapporté les phénomènes douloureux à l'existence de ces trompes malades et kystiques.

J'ai donc fait une laparotomie itérative le 15 mai de cette année et les constatations faites au cours de cette laparotomie me paraissent intéressantes à rapporter.

Je fis la laparotomie en incisant sur la cicatrice de l'opération faite par M. Terrillon. Cette cicatrice ne dépassait pas l'ombilic et je fis mon incision plus longue en haut, de façon à le dépasser.

Bien m'en prit, car c'est à la partie supérieure seulement de mon incision que j'ouvris la cavité péritonéale, elle ne contenait pas de liquide et le péritoine pariétal ainsi que le péritoine viscéral était absolument sain.

Au bas de mon incision le péritoine pariétal et le péritoine viscéral étaient en quelque sorte fusionnés ou mieux remplacés par une sorte de tissu cellulaire très lâche (analogue à celui qui réunit les enveloppes du scrotum au cordon). Par pression avec les doigts je réussis à séparer les intestins de tous les organes de l'excavation qui lui étaient unis par un tissu cellulaire lâche, et je mis a découvert les trompes grosses chacune comme une poire d'Angleterre. J'isolai ces trompes et les enlevai sans difficultés La guérison fut complète en quinze jours sans incidents.

Je rapporte cette observation parce qu'elle me paraît démontrer : 1° que la laparotomie faite par M. Terrillon avait amené la guérison complète des lésions péritonéales qu'il avait visées, et que cette guérison s'était maintenue pendant six ans.

2° Que la cause de la péritonite tuberculeuse n'avait pas été atteinte par la simple ouverture de l'abdomen, et que les lésions originelles des trompes n'ayant pas été enlevées ces lésions avaient continué à évoluer ; de là me paraît sortir une indication de premier ordre déjà fournie je crois par M. Bouilly, c'est de ne pas se contenter en cas de péritonite tuberculeuse de l'ouverture de la cavité péritonéale et de son nettoyage mais d'explorer les annexes et de les enlever si elles sont malades.

3° Que la guérison des péritonites tuberculeuses bacillaires par l'incision simple n'est pas discutable, la présence du bacille de Koch dans le pus des trompes actuellement extirpées mettant

selon moi hors de doute la nature bacillaire de la péritonite opérée par M. Terrillon.

Émilie S..., âgée de 22 ans, lingère, entrée le 11 mai 1896, chalet, lit n° 1.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort; la malade ne peut préciser la maladie cause de mort. La mère est encore vivante et bien portante. La malade a trois frères et une sœur, tous également bien portants.

Antécédents personnels. — La malade a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 12 ans. Elle n'aurait été atteinte d'aucune maladie pendant cette période de son existence; ni rougeole, ni scarlatine, etc. A l'âge de 12 ans, elle souffre pour la première fois du ventre.

Celui-ci grossit rapidement, sans douleurs fortes ni localisées.

La malade reste alitée pendant cinq mois et au bout de ce temps, l'abdomen ayant repris son volume normal, la guérison semble être complète.

A l'âge de 15 ans, au moment de l'établissement des premières règles, et après trois ans de guérison apparente, les mêmes phénomènes se reproduisent identiquement semblables à ceux de la première atteinte. A ce moment (année 1890) elle est présentée à M. Terrillon, qui l'admet dans son service à la Salpêtrière et lui fait subir une laparotomie.

La malade guérit rapidement de l'opération et depuis elle n'a jamais vu l'abdomen augmenter de volume comme autrefois. Elle ressent cependant encore de vagues douleurs et de la pesanteur au niveau de l'abdomen. Elle entre dans le service de M. Nélaton le 11 mai 1896. A son entrée, le ventre est souple et normal, on voit la cicatrice de la première opération au niveau de la ligne blanche. Au toucher l'utérus, en rétroversion légère, est enclavé entre deux masses volumineuses et indurées, occupant les culs-de-sacs, et répondant selon toute probabilité à des annexes malades kystiques et adhérentes.

On décide de faire la laparotomie suivie d'ablation des trompes. L'opération a lieu le 15 mai.

A l'ouverture du péritoine celui-ci présente *un aspect absolument normal*, les intestins sont lisses. Les intestins sont refoulés vers le diaphragme et pour découvrir la cavité pelvienne, il faut dégager par pressions douces l'intestin adhérant par un tissu cel-

lulaire, lâche, lamelleux à la paroi et aux organes de l'excavation.

Les annexes se présentent alors sous l'aspect de deux corps du volume d'un gros œuf d'oie, ellipsoïdaux et réunis aux cornes utérines en forme d'S.

Ligature du pédicule et enlèvement facile des deux côtés.

La paroi est recousue, pansement. Les fils sont enlevés au bout de dix jours. La malade sort guérie le 7 juin.

Les pièces enlevées constituaient deux masses sensiblement égales du volume d'un œuf d'oie. — L'une d'elles, la droite, ouverte accidentellement, laisse échapper un liquide purulent rappelant le pus des abcès froids et vraisemblablement de nature tuberculeuse. L'examen de cette pièce, fait aussitôt après l'opération, montra, quelle était constituée par la trompe dilatée tenant à l'utérus par son extrémité flexueuse, et par l'ovaire; trompe et ovaire étant d'ailleurs enveloppés d'une sorte de gangue, plus adhérente en certains endroits et ménageant des poches pleines de liquides, sur la paroi desquelles on distinguait très nettement des granulations; représentant, en un mot, les dernières traces de la péritonite tuberculeuse qui avait nécessité l'opération de M. Terrillon en 1890.

Voici du reste l'examen de ces poches, fait par M. Marien au laboratoire de M. Brault.

L'examen bactériologique du pus contenu dans les trompes, est positif, au point de vue du bacille de Koch. Sur des coupes faites au niveau des trompes et de l'ovaire, voici ce que l'on remarque : La paroi des trompes très épaissie est constituée par du tissu fibreux infiltré d'éléments embryonnaires, au milieu desquels l'on trouve un grand nombre de cellules géantes. L'on voit aussi par places des îlots de caséification. Le processus inflammatoire a aussi envahi le parenchyme de l'ovaire, où l'on retrouve des lésions classiques de l'inflammation tuberculeuse.

II. — Je présente maintenant une jeune femme opérée de péritonite aiguë, suppurée, d'origine annexielle.

Cette femme entra le 25 mars à l'hôpital Saint-Louis.

Le 22. Elle avait éprouvé une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Cette douleur s'étant calmée le lendemain, la femme reprit son travail le surlendemain. Mais au bout de quelques heures la crise douloureuse reparut dans la fosse iliaque droite, accompagnée cette fois de vomissements et de météorisme.

Toute excrétion de matières fécales et de gaz était suspendue depuis le début des accidents.

Je vois cette malade le 25 à la fin de la visite et après un examen insuffisant, je porte le diagnostic de péritonite suppurée consécutive à une appendicite.

J'interviens immédiatement : j'ouvre l'abdomen par une incision conduite le long du bord externe du muscle droit et il s'écoule aussitôt 550 gr. environ d'un liquide séro-purulent rappelant par son aspect les plus mauvaises formes de la péritonite suppurée. Ce liquide baigne les anses intestinales qui sont rouges, non distendues. Croyant avoir affaire à une péritonite d'origine appendiculaire, j'explore l'appendice, mais je le trouve absolument sain. Reportant alors mon doigt vers l'excavation je constate l'existence de deux grosses trompes et j'acquiers la conviction que la péritonite suppurée que je traite est d'origine salpingienne. La mauvaise qualité du pus, le mauvais état général de la malade m'engagent à ne pas aller plus loin et je draine simplement le péritoine.

Contrairement à mon pronostic qui était des plus mauvais, j'eus le plaisir de voir la malade se remonter et huit jours après elle était hors de danger. Mais bientôt des phénomènes fébriles et douloureux reparurent, j'intervins par hystérectomie vaginale, enlevai deux trompes énormes remplies de pus (dont l'examen bactériologique n'a malheureusement pas été fait) et aujourd'hui la malade est guérie.

Je présente cette femme non pas du tout pour me glorifier de l'avoir sauvée d'une péritonite suppurée, mais au contraire pour critiquer ma conduite.

J'ai opéré à la suite d'une erreur de diagnostic croyant avoir affaire à une péritonite d'origine appendiculaire, tandis qu'il s'agissait d'une péritonite séro-purulente péri-annexielle; j'ai trouvé là exagéré ce que l'on trouve très souvent autour des salpingites suppurées : Une poche de séro-pus, une péri-salpingite.

Seulement, chez la femme que je vous présente, cet épanchement séro-purulent n'était pas enkysté et était très abondant.

Je crois que ces cas de péritonites suppurées péri-annexielles sont fréquents et que les phénomènes aigus qu'elles provoquent parfois s'apaisent spontanément.

Aussi bien, j'aurais dû ne pas intervenir par laparotomie et

attendre tout simplement la cessation des phénomènes aigus pour pratiquer l'hystérectomie.

Mon opération de laparotomie n'a pas nui à la malade, mais je crois qu'elle n'était pas nécessaire.

REVUE CLINIQUE

QUATRE OBSERVATIONS DE SYMPHYSÉOTOMIE

Par le Dr A. Audebert.
Chef de clinique obstétricale à la Faculté de Bordeaux.

Pendant les mois de décembre 1895 et janvier 1896, quatre symphyséotomies ont été pratiquées avec succès à la clinique obstétricale de Bordeaux, 2 fois par M. le professeur Moussous et 2 fois par moi, chez des femmes atteintes de diverses variétés de viciations pelviennes : Il s'agissait, dans le premier cas, d'un bassin rétréci dans tous ses diamètres; dans 2 autres, de bassins rachitiques, dans le dernier cas, d'un bassin cyphotique.

C'est la simple relation de ces quatre opérations que l'on va lire :

Obs. I. — *Bassin généralement rétréci. Symphyséotomie. Forceps. Enfant vivant. Guérison de la mère* (Audebert). — Jeanne V..., 24 ans, primipare, arrive à la Clinique le 22 décembre 1895, à 3 heures du matin, en travail depuis la veille au soir.

Elle ne sait à quel âge elle a marché; mais à 7 ans, à la suite d'une chute sur le genou droit, se développa une tumeur blanche qui nécessita une résection de cette articulation; les cicatrices en sont encore très apparentes. Depuis ce moment elle garda une claudication très marquée du membre inférieur droit.

Premières règles à 14 ans.

Le début de la grossesse remonte, dit-elle, à la fin de février ; ses dernières règles auraient apparu du 1er au 6 février.

Enceinte de 4 mois environ, elle vint une première fois se faire

soigner à la Clinique pour une menace d'avortement : le repos au lit et les lavements laudanisés arrêtèrent les contractions utérines, et, après quelques jours, elle quitta le service avec le conseil d'y rentrer avant le terme de sa grossesse.

Elle n'y revint que le 22 décembre; le travail était déjà commencé ; la dilatation mesurait environ 3 centim.

Jeanne V... est de petite taille, n'ayant pas l'aspect rachitique mais plutôt infantile ; les os sont petits, les membres grêles ; le thorax et le bassin paraissent peu développés ; pas de traces apparentes de rachitisme.

Le membre inférieur droit est très atrophié et accuse à la mensuration un raccourcissement de 4 centim. ; l'articulation du genou est complètement ankylosée, et l'articulation coxo-fémorale ne possède pas l'intégrité de ses mouvements ; l'abduction et la circumduction sont en particulier très limitées.

L'utérus remonte à 6 ou 7 travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; le fœtus est placé en O.I.G.T. ; la tête n'est nullement engagée mais fortement appliquée sur le détroit supérieur.

Au toucher je trouve un bassin petit dans ses diamètres, mais je ne puis mesurer le diamètre promonto-sous-pubien par suite de la saillie qui est encore augmentée par une bosse séro-sanguine déjà assez volumineuse. La face antérieure du sacrum peut être suivie de haut en bas ; entre la bosse pariétale engagée et la concavité sacrée je ne peux glisser que difficilement un doigt. La suture sagittale est dirigée transversalement à très peu de distance du rétro-pubis.

Les bruits du cœur fœtal sont très forts, très bien frappés.

Par le palper hypogastrique, il est facile de constater que le pariétal antérieur bombe fortement au-dessus du pubis.

Mon diagnostic est donc : bassin uniformément rétréci ; enfant vivant volumineux ; présentation du sommet incliné sur son pariétal postérieur mais nullement engagé. En somme, c'est l'attitude classique de la tête retenue au détroit supérieur par une viciation pelvienne. Mais l'exiguité du diamètre mi-sacro-pubien me fait supposer qu'il ne faut guère compter sur un accouchement spontané.

La journée du dimanche 22 se passe sans accidents ; les contractions sont très énergiques et très fréquentes, et le 23 à 6 heures du matin, au moment où la dilatation est complète, la poche des eaux se rupture spontanément.

Les contractions redoublent d'intensité, sans cependant réussir à faire franchir à la tête le détroit supérieur ; aussi la symphyséotomie est bientôt décidée : j'introduis dans le vagin un ballon de Champetier de Ribes que je gonfle au maximum ; les précautions antiseptiques les plus minutieuses sont prises, les deux jambes confiées à deux élèves du service, puis, le ballon retiré, je me mets en mesure, à midi, d'exécuter la section symphysienne, avec l'aide de mon ami le Dr Binaud.

Opération. — Incision de la peau jusqu'au niveau du capuchon du clitoris ; quelques veinules qui donnent du sang sont pincées. La face antérieure du pubis est dénudée avec la plus grande attention et par une boutonnière transversale au-dessus des branches horizontales pubiennes, j'introduis l'index dans la voie rétro-symphysienne, absolument libre d'ailleurs ; ce doigt recourbé en crochet contourne le ligament sous-pubien, qu'il libère de ses adhérences et se fait jour à l'extrémité inférieure de l'incision.

Ce n'est qu'après m'être assuré que les pubis n'ont plus aucune adhérence avec les parties molles voisines que je tente l'incision du fibro-cartilage. Cette incision est faite d'avant en arrière avec un bistouri ordinaire, un doigt étant placé derrière le pubis et limitant ainsi la course de l'instrument ; le ligament triangulaire est aussi sectionné. Après m'être assuré que la section est complète je recommande aux aides de porter les membres inférieurs dans l'abduction, un écartement de 4 cent. 1/2 se produit immédiatement, en même temps qu'une petite hémorrhagie au niveau de l'angle inférieur de la plaie ; un tamponnement à la gaze iodoformée suffit à l'enrayer ; pour plus de sûreté je fais exercer une légère compression sur ce point jusqu'à la fin de l'opération.

La tête fœtale en ce moment est en O. I. G. P. Application de forceps un peu oblique de la bosse frontale gauche à l'extrémité postérieure du pariétal droit. Grâce aux tractions fortement dirigées en arrière, la tête franchit facilement le détroit, non sans subir un brusque ressaut ; l'écartement à ce moment-là n'a pas dépassé 5 centim.

Quand la tête arrive sur le plancher périnéal, les aides pressent avec force sur les ailes iliaques et les grands trochanters rapprochent ainsi les pubis. Le dégagement de la tête est alors exécuté transversalement, en faisant abstraction du périnée, lequel cepen-

dant ne se rupture pas. L'enfant, d'abord étonné, respire après une seule friction à l'alcool.

Délivrance artificielle; hémorrhagie assez abondante due à l'inertie du segment inférieur; injections très chaudes; tamponnement utéro-vaginal; arrêt de l'hémorrhagie.

Désormais sans inquiétude de ce côté je ferme la plaie symphysienne par 3 plans de suture :

Un 1er au catgut, réunit les trousseaux fibreux pré-pubiens;

Un 2e au fil d'argent, comprend la totalité des parties molles depuis le plan cutané jusqu'à la surface osseuse des pubis;

Un 3e superficiel, au crin de Florence.

Un petit drain est placé à l'extrémité inférieure de la plaie pour permettre l'évacuation de la sérosité qui aurait pu rester dans l'incision. Le tout est maintenu par une ceinture de gymnastique convenablement rembourrée et serrée.

Suites opératoires. — Elles ont été fort simples : Dans la nuit qui suit l'opération, miction spontanée et volontaire, urines claires non sanguinolentes.

Le drain tombe de lui-même, au 3e jour.

Le 27, je constate un peu d'œdème de la grande lèvre gauche, qui ne persiste que 2 ou 3 jours sans suppuration.

Malgré des lavements glycérinés quotidiens, malgré des purgations répétées la malade est opiniâtrément constipée; la débâcle ne s'effectue que le 6e jour; 2 jours après apparaissent des lochies fétides avec élévation de température: 38 et 38°,8. Quelques injections vaginales et des pansements iodoformés ont bien vite raison de cette infection *secondaire* qui d'ailleurs, fait important, ne retentit nullement sur la plaie symphysienne.

Depuis le 2 janvier, c'est-à-dire 48 heures après l'apparition des accidents infectieux, la température n'a jamais dépassé 37°,4.

Le 1er janvier j'enlève 2 points de suture au fil d'argent qui ont ulcéré la peau, et le surlendemain les derniers fils d'argent et tous les crins de Florence.

Il faut noter de plus une persistance anormale de l'écoulement lochial en rapport avec un retard marqué dans l'involution utérine; mais les mouvements des membres inférieurs s'opèrent sans difficulté et sans douleur et, depuis le 5 janvier, la malade peut s'asseoir à son aise pour prendre ses repas.

Le 14, la réunion est parfaite; il existe encore un peu de mobi-

lité de la symphyse; pour cette raison et surtout à cause de sa claudication je maintiens l'opérée au lit pendant un mois entier. Elle ne se lève donc que le 23 janvier et éprouve chaque fois qu'elle a marché des douleurs assez vives au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche. Mais ces douleurs disparaissent au bout de quelques jours et dès le 1er février elle se rend utile dans le service en aidant les infirmières.

Elle quitte la clinique en parfait état quelques instants après sa naissance.

Enfant. — L'enfant qui pesait 3,750 gr. était, je l'ai déjà dit, en parfait état quelques instants après sa naissance.

Longueur totale : 52 centimètres.

Diamètres :

O.M. = 12 1/2	Bi.-P. = 9 1/2
O.F. = 11	Bi.-T. = 8 1/2
S.O.B. = 10	S.M.B. = 11 1/2
S.O.F. = 10 1/2	

Malgré les vicissitudes multiples de l'allaitement, la mère manquant de lait et le service ne possédant pas de nourrices attitrées, l'enfant, qui au dixième jour ne pesait que 3,470 gr., arriva le vingtième à 3,780 gr. et à la sortie son poids était de 4,370 gr.

Obs. II. — *Bassin rachitique. Symphyséotomie. Extraction par le siège d'un enfant vivant. Mère guérie* (Audebert). — Anna A.., 26 ans, lingère, entre à la Clinique, le 16 novembre 1895.

Elle a marché seulement à 3 ans, et de 3 ans à 5 ans elle a dû se servir constamment de béquilles; plus tard, jusqu'à 10 ans elle était encore obligée de s'aider d'un bâton.

Réglée à 18 ans pour la première fois et depuis irrégulièrement. Variole à 1 an. Croup et fièvre typhoïde à 20 ans ; elle fut alors malade 4 à 5 mois.

Mariée en 1892, elle devint enceinte un an après, mais fit un avortement au bout de 2 mois 1/2. Avortement causé par les mauvais traitements de son mari. A la suite, endométrite qui dura 3 mois ; séjour au lit, injections, etc.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 15 au 20 février 1895. Le début de la grossesse a été marqué par une sensation très douloureuse de pesanteur au bas-ventre. Puis vers le 6e mois, les

douleurs devinrent de plus en plus intenses, s'accompagnèrent de difficultés dans la miction, de ténesme vésical, etc., lui rendirent la marche impossible et la forcèrent à cesser son travail de lingère, l'usage de la machine à coudre lui causant des douleurs intolérables.

C'est dans ces conditions qu'elle arrive à la clinique le 16 novembre 1895.

Anna A... est de petite taille (hauteur 1 m. 35) et présente à première vue plusieurs stigmates de rachitisme, tels que :

Asymétrie faciale, la moitié droite a subi un arrêt de développement très accusé; la bosse frontale droite et l'apophyse malaire sont moins saillantes que du côté opposé;

Tibias incurvés à concavité interne ; membres gros et courts, etc.

La malade marche en *se dandinant* fortement et ne paraît pas solide sur ses jambes.

Les paupières et la moitié supérieure de la face sont légèrement bouffies; on retrouve aussi un peu d'œdème à la région malléolaire et aux grandes lèvres.

Les urines analysées contiennent une notable quantité d'albumine (2 à 3 gr. 1/2).

On note de plus un épaississement considérable du tissu cellulaire sous-cutané sur toutes la surface du corps, qui au niveau du ventre, principalement au-dessus du pubis, forme une couche de plusieurs centimètres d'épaisseur.

L'abdomen est déjà très développé. L'utérus remonte jusqu'au creux épigastrique ; il est fortement déjeté à droite.

Le fœtus se présente en siège complet S.I.G.T. La tête occupe la région hypogastrique droite.

Les bruits du cœur fœtal sont sourds, comme voilés.

Le bassin paraît diminué de hauteur, comme tassé sur lui-même pour ainsi dire. La mensuration du diamètre promonto-sous-pubien pratiquée pendant l'anesthésie chloroformique, donne 9 cent. 1/2 ; au-dessous du promontoire le doigt rencontre un faux promontoire sacré situé à 9 cent. 3/4 du sous-pubis.

La symphyse pubienne mesure 5 centimètres de hauteur ; son inclinaison est normale.

Pendant que la malade est anesthésiée, j'essaye de pratiquer la version par manœuvres externes, sans résultat ; il m'est impossible

de déplacer le siège qui pourtant n'est nullement engagé mais qui paraît immobilisé.

Dans cette position, la tête est plus mobile mais ne descend pas au delà du pôle équatorial de l'utérus.

Anna A... est mise de suite au régime lacté et on se décide à attendre le terme de la grossesse pour intervenir s'il y a lieu.

Ce régime lacté n'est suivi que d'une façon irrégulière par la malade qui, malgré la surveillance, mange tous les jours une certaine quantité d'aliments défendus.

Vers la fin de décembre, bronchite assez intense qui s'amende au bout de quelques jours, mais non sans laisser encore des quintes de toux.

Une nouvelle tentative de réduction de la présentation pelvienne est essayée dans les premiers jours de janvier, avec le même résultat négatif que la première fois.

Accouchement. — La poche des eaux se rompt prématurément avant toute contraction le 15 janvier à 2 heures du soir; bientôt apparaissent des douleurs assez fortes. L'effacement se produit lentement, mais le col ne commence à se dilater que le lendemain 16 janvier. La position du fœtus est toujours la même en S. I. G. T., sans engagement.

Malgré des contractions assez énergiques, la dilatation est très lente. Grand bain de 3/4 d'heure et douches vaginales répétées.

Le soir du 16, je mets un ballon de Champetier de Ribes qui est maintenu toute la nuit dans l'utérus sans avoir d'action apparente sur la dilatation.

Le lendemain 17, j'enlève ce ballon à huit heures du matin, et après une copieuse injection, je le remplace par un tamponnement cervico-vaginal à la gaze iodoformée. La dilatation est alors de 4 centimètres environ.

A midi, nouveau grand bain. A partir de 2 heures, le col qui était resté dur et comme boisé s'assouplit, se dilate peu à peu; enfin à 8 heures du soir, la dilatation est palmaire.

La symphyséotomie qui était décidée en principe, si l'engagement ne se faisait pas spontanément (éventualité facile à prévoir), est alors exécutée avec l'aide de mes amis et collègues, MM. Binaud et Chaleix.

Un ballon de Champetier de Ribes est introduit *dans le vagin* et retiré à plusieurs reprises en augmentant chaque fois la quan-

tité d'eau dans le but d'éviter la rupture des parties molles vulvo-vaginales.

Incision cutanée ordinaire. Le pannicule cellulo-adipeux a une épaisseur considérable et avant d'arriver sur la symphyse je suis obligé d inciser 6 ou 7 centimètres d'épaisseur de tissu cellulaire assez fortement vascularisé; par conséquent, difficultés dans la mise à nu de l'interligne articulaire, difficultés pour libérer le ligament triangulaire de ses connextions avec les organes voisins. Cette dissection a été faite avec le doigt pour éviter de léser les plexus clitoridiens; aussi le tissu cellulaire subit-il une violente attrition.

La section inter-pubienne est assez pénible par suite de la profondeur à laquelle je suis obligé d'opérer et de plus à cause d'une obliquité de la symphyse déviée vers la gauche.

Les pubis écartés, M. Chaleix, qui veut bien se charger de l'extraction, abaisse le pied droit et exerce des tractions sur ce pied; le tronc se dégage, la tête descend dans l'excavation après un ressaut indiquant que le promontoire est franchi et se dégage transversalement pendant que les aides rapprochent fortement les cuisses. L'écartement maximum mesurait, au moment où la tête pénètre dans le petit bassin, 5 cent. 1/2. Délivrance naturelle.

Les sutures sont étagées comme dans l'observation précédente; je ne place pas de drain. De même, l'immobilisation du bassin est obtenue à l'aide d'une ceinture de gymnastique.

L'enfant, étonné mais rapidement ranimé, pèse 3,400 grammes. Sa tête est ronde sans déformation; en voici les diamètres :

O.M.	= 13	Bi-P.	= 10
O.F.	= 12	Bi-T.	= 8 1/2
S.O.B.	= 11		
S.O.F.	= 12		

Malgré une recrudescence de la bronchite dont la malade se plaignait déjà, et qui occasionna pendant 3 jours, les 18, 19 et 20 janvier, une température de 38°, les suites opératoires furent normales jusqu'au 10e jour. J'enlevai les fils, la réunion semblait parfaite; mais le 12e jour s'ouvrit une petite fistule, à l'extrémité supérieure de l'incision se dirigeant obliquement vers la partie inférieure du pubis, c'est-à-dire vers l'angle de la plaie. L'explo-

ration du trajet fistuleux faite avec le stylet ne permit jamais de rencontrer le périoste ou la surface osseuse des pubis. Pendant quelques jours un liquide *séreux* s'écoula par cet orifice sans présenter jamais de traces de pus; des injections d'huile de vaseline iodoformée amenèrent bientôt la cessation de cet écoulement. Le toucher vaginal pas plus que la palpation superficielle ne révélait au niveau de la symphyse aucun point douloureux.

Cette première complication guérie et l'involution utérine terminée, la malade commençait à marcher quand après deux élévations de température de 40°, elle fut prise de troubles respiratoires, de dyspnée, etc. Je la fis alors passer dans le service de mon camarade et ami le Dr Auché qui la soigna pendant longtemps pour une broncho-pneumonie et une péricardite liées probablement à un état dothiénentérique latent. L'albuminurie dont elle avait été déjà atteinte pendant sa grossesse, reparut à ce moment et retarda encore sa convalescence. Cependant elle était dans un état satisfaisant, malgré une certaine quantité d'albumine dans les urines, quand je la présentai le 12 mai à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux. Voici ce que je disais au sujet de la solidité de son bassin :

« Aujourd'hui, 12 mai, c'est-à-dire 4 mois après l'opération, « Anna A... marche très bien, elle peut monter les escaliers, rester « debout deux heures sans fatigue; elle supporte pendant quelques « instants la station sur un seul pied; en un mot, elle a récupéré « la totalité des ses fonctions de motilité.

« Voici d'ailleurs un petit fait qui pourra donner une idée du « bon état de sa statique pelvienne : il y a quelques jours, elle « glissa sur le parquet ciré de la salle et tomba les jambes en « abduction forcée, *en faisant le grand écart*. Après un repos de « quelques minutes elle put recommencer à marcher sans en- « combre.

« En examinant la région pubienne, on voit qu'en avant il n'y a pas d'écartement interpubien.

« Par le toucher, pratiqué la femme étant debout, on constate « que quand la cuisse gauche se fléchit sur le bassin, il se pro- « duit un chevauchement des deux pubis et un écartement d'un « demi-centimètre environ, sans aucune douleur.

« En résumé, cette femme présente cette mobilité de la sym- « physe pubienne qui a été signalée bien des fois à la suite de la « section symphysienne, et même après des accouchements nor-

« maux, mais qui ne paraît nullement compromettre la solidité « fonctionnelle du bassin. »

J'ai revu une dernière fois cette femme à la fin de mai, au moment où elle quittait l'hôpital définitivement guérie ; son enfant qui, pendant ces 4 mois, avait été nourri au biberon à l'hospice des Enfants-Assistés, se trouvait dans un état satisfaisant et pesait 4,410 gr.

Obs. III. — *Bassin rachitique. Symphyséotomie. Forceps. Enfant vivant. Mère guérie.* Prof. Moussous. — Gabrielle G..., âgée de 22 ans, ouvrière à la Manufacture des Tabacs, nourrie par sa mère, a marché seulement à 3 ans et 7 mois.

Premières règles à 18 ans.

Quelques accidents strumeux (ulcérations de l'ombilic, conjonctivites, etc.)

Première grossesse en 1894; accouchement à terme le 4 avril ; application de forceps au détroit supérieur faite à plusieurs reprises en ville, sans résultats. La malade est alors apportée à la Clinique où l'on constate une procidence du cordon sans battements ; basiotripsie sans autre particularité qu'une difficulté assez grande pour l'engagement des épaules.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, 17 avril 1895.

La malade entre dans le service le 19 janvier 1896, enceinte de 8 mois 1/2 environ; pas de déformation des tibias; légère parenthèse fémorale.

Sommet en O. I. D. T.

Diam. Prom. sous-pub. = 10.

Début du travail le 26 janvier ; le pariétal postérieur pointe dans l'excavation ; l'antérieur est au-dessus du détroit supérieur, la suture sagittale très rapprochée du pubis.

Rupture de la poche des eaux à 4 heures du matin le 27; vers 11 heures la dilatation est presque complète mais la femme épuisée n'a plus de contractions, la tête est toujours non engagée. Je prépare tout pour la symphyséotomie qui est faite à midi par M. Moussous.

La symphyse ne mesure que 4 centim. de hauteur. Après l'incision des parties molles on est obligé de remonter la tête pour permettre au doigt de s'insinuer derrière le pubis. Rien à signaler qu'une assez abondante hémorrhagie veineuse après l'extraction de l'enfant.

L'écartement pubien mesuré avec l'instrument de Pinard n'a

pas dépassé 5 centim ; cet agrandissement du bassin obtenu, la tête s'engage spontanément, et l'accouchement se serait terminé seul, mais les bruits du cœur fœtal faiblissent et une application de forceps devient urgente.

Cette application est faite dans l'excavation en O. I. D. T. En descendant la tête s'oblique un peu et l'occiput tend à gagner la région antérieure du bassin ; la tête est donc extraite dans une position intermédiaire entre la transversale et l'antérieure. Pendant le dégagement on retire l'écarteur et les aides rapprochent les pubis par des pressions aussi fortes que possibles sur les ailes iliaques. Pas de lésions vulvo-vagino-périnéales.

Sutures en étages.

Délivrance normale.

L'enfant, du sexe féminin, est de bon état et crie de suite. Il pèse 3,410 grammes. Voici ses diamètres.

O. M. = 13	S. O. F. = 10
O. F. = 11 1/2	Bi-P. = 9
S. O. B. = 10 1/2	Bi-T. = 8

Les suites de couches n'ont été marquées par aucun incident ; j'enlève les fils le 11e jour, le 23e jour la malade fait quelques pas et un mois après son opération elle quitte la Clinique complètement guérie. L'enfant pèse alors 3,580 grammes.

OBS. IV. — *Bassin cyphotique. Symphyséotomie et accouchement prématuré combinés. Enfant vivant. Mère guérie.* Professeur MOUSSOUS. — Jeanne S..., 29 ans, marchande ambulante, entre à la clinique le 26 janvier 1896.

Nourrie par sa mère elle a marché à la fin de sa première année. A cinq ans elle fit une chute sur le dos après laquelle elle resta très longtemps malade et dans l'impossibilité de marcher. C'est là, d'après elle, la cause de la malformation thoracique dont elle est atteinte.

Premières règles à 17 ans.

1re *grossesse* en 1888. Elle arrive en travail à la clinique ; fœtus à terme paraissant volumineux ; présentation du sommet à moitié engagé en O.I.D.T. Le volume du fœtus est tel qu'on ne peut compter sur son expulsion sans opération destructive.

Après des essais infructueux de basiotripsie, de céphalotripsie et de crânioclastie on obtient enfin le dégagement de la tête en

glissant un lacs sous le menton et sur la nuque (?). Le fœtus pesait 2,700 gr. sans compter la matière cérébrale. Suites de couches normales.

2e *grossesse.* — Le 2 juin 1889, la malade revient à la clinique, enceinte de 7 mois. Siège en O.I.G.T.

Accouchement prématuré provoqué d'abord au moyen de trois sondes, puis avec deux ballons de Barnes. Malgré une version par mouvements externes la présentation pelvienne se produit et après un travail très laborieux et très long (3 jours) on extrait par le siège un enfant mort pesant 1,850 gr.

3e *grossesse.* — Le 26 janvier 1892, grosse de 7 mois et demi environ, elle revient à la clinique où l'on tente de nouveau un *accouchement prématuré provoqué.* Les ballons de Tarnier, de Barnes, de Champetier sont employés successivement ; après trois applications infructueuses de forceps on a recours à la version et on obtient un enfant en état de mort apparente et qui meurt quelques heures après. Il pesait 2,300 gr.

Grossesse actuelle. — C'est après ces trois accouchements terminés chacun par la mort des enfants que Jeanne S... se présente de nouveau à la clinique à la fin de décembre 1895, plus désireuse que jamais d'avoir un enfant vivant

Dernières règles le 15 avril 1895.

Le présence de son mari du 20 au 22 de ce mois, permet de préciser le début de la grossesse. Elle est donc enceinte environ de 7 mois. On lui conseille de revenir dans un mois, dans l'intention de combiner la symphyséotomie avec l'accouchement provoqué avant terme.

Jeanne S... est de taille exiguë, elle a 1 m. 24. La déformation du thorax et de la colonne vertébrale sont caractéristiques. Le sternum pointe fortement en avant ; les côtes très rapprochées forment une sorte de cuirasse complète et sont pour ainsi dire imbriquées ; la colonne vertébrale n'est pas moins déformée ; une cyphose considérable a projeté en arrière toute la masse dorsale et une partie de la masse lombaire. Il existe de plus une légère scoliose à concavité gauche ; les épaules sont remontées en anse, les fesses inégales, le pli fessier gauche descend plus bas que l'autre ; en un mot, cette femme offre l'aspect d'un véritable polichinelle.

La figure n'a rien de particulier, à peine remarque-t-on une

saillie notable des os malaires et un enfoncement des orbites ; les membres, longs et grêles, ne paraissent pas proportionnés aux dimensions du tronc.

La pelvimétrie externe donne des diamètres à peu près égaux à ceux d'un bassin normal ; elle montre que le détroit supérieur ne doit pas être de beaucoup rétréci ; le toucher en fournit la preuve plus péremptoire encore ; le promontoire n'est pas accessible ; mais à partir de la 2e vertèbre sacrée, le doigt peut suivre toute la face antérieure du sacrum qui se trouve portée en avant et aplatie à sa partie supérieure, tandis que le coccyx est très rapproché du pubis, à 7 centimètres environ.

Mais si le haut de l'excavation paraît à peu près normal, il est facile de constater que le détroit inférieur est au contraire considérablement vicié.

Ce qui frappe au premier abord est l'étroitesse du diamètre transverse. Les épines sciatiques sont inclinées et rapprochées du côté de la ligne médiane, la gauche plus saillante que la droite. Le diamètre bi-ischiatique mesuré par les deux méthodes interne et externe est approximativement de 5 cent et demi.

Le pubis est aussi déformé ; la hauteur de la symphyse pubienne paraît augmentée ; sa direction est oblique en bas et en arrière et par suite son extrémité inférieure se trouve beaucoup plus rapprochée du plan postérieur du bassin que son extrémité supérieure. Les branches ascendantes du pubis forment un angle très aigu et l'arcade pubienne est réduite à une fente verticale.

En résumé, c'est le type du bassin *en entonnoir*, du bassin cyphotique chez lequel les lésions portent seulement sur le détroit inférieur.

Opération. — Le samedi 25 janvier 1896 (la grossesse est alors de 8 mois) on provoque l'accouchement prématuré à l'aide d'un ballon Moussous qui le surlendemain est remplacé par un ballon de Champetier gonflé à 350 gr. Le mardi 28, le col est dilatable, la poche des eaux intacte, le fœtus très instable, la tête mobile en partie dans l'excavation.

Symphyséotomie. — La projection de l'utérus en avant et l'inclinaison de la symphyse gênent beaucoup pour l'incision de la peau et des parties molles dont le plan à ce niveau est vertical. Les veines de la région sont variqueuses et donnent un peu de sang, on les pince. La symphyse est mise à nu, l'interligne arti-

culaire abordé par en haut ne peut être sectionné que dans sa moitié supérieure ; on complète la section par la voie sous-symphysienne.

Rupture artificielle des membranes, écoulement d'une grande quantité de liquide amniotique teinté en vert. Pendant cette manœuvre, la tête se loge dans la fosse iliaque droite et au lieu d'un sommet je trouve une présentation de l'épaule gauche en A.I.D. J'amène rapidement un pied à la vulve ; l'extraction ne présente rien de particulier, si ce n'est que je dégage la tête dans le diamètre antéro-postérieur et à ce moment l'appareil mensurateur de Pinard indique un écartement de 4 centimètres 1/2.

L'enfant est rapidement ranimé, c'est une fille qui pèse 2,410 gr.

Diamètres :

O. M. = 11 1/2	Bi-P. = 8 1/2
O. F. = 10 1/2	Bi-T. = 7 1/2
S. O. B. = 9 1/2	

Sutures en trois étages ; les pubis sont maintenus en contact au moyen d'une ceinture de gymnastique.

J'enlève les sutures au 10e jour ; les suites de couches ont été marquées par l'évolution d'un érysipèle bénin qui ne dura que 3 ou 4 jours et qui n'eut d'ailleurs aucun retentissement dans la région génitale. C'était un érysipèle à *répétition*, la malade depuis 2 ans en avait déjà été atteinte 4 fois.

Jeanne S... quitte la Clinique le 22 février en parfait état et marchant depuis quelques jours.

L'enfant pesait alors 2,800 gr.

Les observations I et III ne prêtent pas à de nombreux commentaires ; elles viennent, après bien d'autres faits semblables, prouver que la symphyséotomie exécutée suivant la méthode du professeur Pinard, est une opération aisément praticable, bénigne dans ses conséquences et féconde dans ses résultats.

De la seconde observation, on pourrait, il me semble, [illegible]. Le trajet fistuleux [illegible] ne paraît pas d'origine osseuse ; [illegible] la non réunion du tissu cellulaire sous-cutané qui [illegible] était infiltré de

graisse à tel point que la symphyse ne fut mise à découvert qu'après une incision de 7 centim. de profondeur. Quand la couche de tissu cellulaire pré-pubien est très épaisse, on doit apporter tous ses efforts à obtenir une adaptation parfaite des bords de l'incision ; des sutures à plusieurs étages rempliront le plus souvent ce but. Il serait peut-être bon de plus, d'établir un drainage en rapport avec l'angle inférieur de la plaie ; la mise en place de ce drain faciliterait l'écoulement de la sérosité et mettrait ainsi l'opérée à l'abri de cet accident.

Une autre question intéressante soulevée par cette observation, est celle de la conduite à tenir en face d'une présentation du siège constatée avant la section symphysienne. Doit-on laisser l'extrémité pelvienne en rapport avec le détroit supérieur, ou faut-il chercher à lui substituer le sommet au moyen d'une version par manœuvres externes ? N'y aurait-il même pas avantage à ramener dans tous les cas le siège en bas ? Je me garderai de trancher cette question encore à l'étude, me contentant de faire remarquer que l'heureuse issue de l'accouchement dans le cas actuel semble fournir un argument sérieux contre le principe peut-être un peu théorique qui a eu force de loi jusqu'à présent : à savoir qu'après la symphyséotomie, l'extraction par le siège constituait pour le fœtus un danger sérieux, danger auquel il échapperait par l'application de forceps sur la tête première.

D'ailleurs dans l'observation VI, où la version podalique fut nécessitée par une mutation de présentation survenue au moment de la rupture des membranes, l'extraction du tronc et le dégagement de la tête dernière furent des plus faciles. Le forceps eût-il été d'un emploi aussi aisé dans un bassin si rétréci ?

Des observations plus nombreuses et des voix plus autorisées élucideront ce point controversé.

De plus, une remarque s'impose à propos de cette même observation IV : Varnier a établi que, dans les rétrécisse-

[illegible] il fallait, pour que les parties molles [illegible] ne subissent pas une distension trop considérable, il fallait, dis-je, refermer le bassin en rapprochant les [illegible] une fois que l'engagement de la tête était accompli et surtout pendant le dégagement ; Fochier a conseillé dans le même but de dégager la tête en transversale. Or, les précautions qui sont de règle quand la viciation pelvienne siège au détroit supérieur, n'offrent aucun avantage lorsqu'il s'agit d'un bassin cyphotique, c'est-à-dire d'un bassin vicié à son détroit inférieur et principalement dans son diamètre transverse ; car, c'est précisément au moment du passage de la tête à travers ce détroit inférieur rétréci qu'il importe que l'élargissement du bassin soit obtenu, sans quoi le bénéfice de la symphyséotomie serait perdu et l'opération absolument inutile. Il faut donc dans les rétrécissements cyphotiques tenir le bassin ouvert pendant le dégagement de la tête et ce dégagement doit être exécuté dans le diamètre antéro-postérieur comme dans les accouchements normaux.

Cette observation prouve encore que dans les bassins extrêmement rétrécis la symphyséotomie et l'accouchement prématuré, loin de s'exclure peuvent se combiner pour le plus grand avantage de l'enfant.

La provocation de l'accouchement tentée déjà 2 fois chez notre malade (dont le diamètre bi-ischiatique ne mesurait que 3 centim. 1/2) était restée impuissante à donner un enfant vivant ; et il était à craindre que l'agrandissement obtenu par la seule symphyséotomie ne fût pas suffisant pour laisser passer une tête à terme, sans lésions graves soit pour le crâne fœtal, soit pour les parties molles maternelles. Il est donc très probable que l'enfant de Jeanne S... a dû la vie à cette heureuse association opératoire.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG (1)

C. A. KOTCHOUROWA. Laparotomie pour **kyste dermoïde** au cours d'une grossesse. — Femme de 35 ans, au deuxième mois d'une sixième grossesse. Le kyste enlevé pèse 10 livres et demie et a le volume d'une pastèque; le contenu est louche, épais, jaune verdâtre, avec 237 petites boules de graisse, blanches, grosses comme des cerises et deux pelotes de cheveux. Sur un point de la paroi se trouve un triangle de peau à glandes sébacées hypertrophiées, qui est évidemment le lieu de formation des boules de graisse. Guérison, accouchement normal à terme.

Professeur A. J. SAMCHINE, présente un **utérus fibromateux** enlevé par morcellement et une préparation de grossesse tubaire.

E. B. DIMANT présente une **sonde** pour le redressement de l'utérus en rétroflexion.

V. A. VASTEN. — Le redressement à l'aide de la sonde est inutile dans la rétroflexion mobile et directement dangereux lorsqu'il y a des adhérences, car, dans ce cas, la paroi utérine est affaiblie, dégénérée.

Professeur D. P. OTT, présente **25 pièces diverses** : 1) 3 fibromyômes utérins amputés par la méthode susvaginale simplifiée de l'auteur; 2) 8 fibromyômes enlevés par morcellement vaginal, 3) 5 fibromyômes enlevés soit par la méthode mixte, soit par la laparotomie seule; 4) 2 grossesses extra-utérines; 5) deux grands fibromyômes énucléés chez des femmes enceintes. Toutes les opérées ont guéri et les grossesses ont continué.

C. C. MICHELSON. **Des kystes du corps jaune.**

---

(1) D'après le *Vratch*, n° 13, 1896.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE KIEF (1)

C. D. JAMPOLSKI lit un chapitre de sa traduction des **Maladies de la femme** de Soron d'Éphèse (IIe siècle). — Cet auteur, anatomiste savant et praticien renommé, donne une description topographique, physiologique et anatomo-pathologique remarquable de l'utérus.

J. A. LEVITSKI. **Un cas d'urémie post-puerpérale.** — Quelques symptômes d'urémie se manifestèrent chez une primipare un mois avant l'accouchement; le lendemain de l'accouchement, la malade était dans un état semi-comateux et complètement aveugle; l'urine contenait 8 gr. d'albumine par litre et des cylindres; malgré cela, il n'y eut aucune menace d'éclampsie; il est évident que l'urémie seule ne suffit pas pour la provoquer. La malade guérit rapidement.

G. O. SEVITSKI. **Ovariotomie par le rectum pendant le travail.** — Femme de 24 ans, atteinte d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit; deux grossesses se sont terminées par des fausses couches, la troisième arrive à terme, mais l'engagement de la tête est entravé par la tumeur; le forceps amène enfin la tête au détroit inférieur, mais la tumeur fait saillie à l'anus et rompt la paroi rectale; elle est vidée et le fœtus expulsé facilement, mort. Le kyste est alors extirpé, le rectum recousu; une métrorrhagie grave se produit pendant la délivrance. La malade succombe au bout de trente-trois heures à la péritonite pelvienne.

NAGEOTTE-WILBOUCHEVITCH.

REVUE ANALYTIQUE

[illegible]

[illegible]

[illegible] Neue Methoden der

[illegible]

[illegible]

vaginalen Antefixatio uteri), par E. Wertheim. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 10, p. 265.

Tout procédé d'antéfixation (hystéropexie abdominale ou vaginale) est défectueux, quand il a pour effet d'empêcher le développement normal de l'utérus gravide. Milander (1) relève que, sur 54 cas d'accouchements à terme après vagino-fixation, il fallut intervenir 11 fois (forceps 4, césarienne 2, version 4, extraction 1). Mais, si l'on examine de près les observations consignées dans les tableaux statistiques de Milander, on voit que les complications se sont produites dans les cas où l'utérus lui-même avait été fixé, tandis que grossesse et accouchement ont évolué régulièrement dans ceux où l'antéfixation utérine avait été obtenue indirectement, par fixation des parties voisines des ligaments ronds et des ligaments larges.

En considération de ces faits, l'auteur a proposé *de fixer, au lieu du corps de l'utérus, les ligaments ronds à la paroi antérieure du vagin* (fixation vaginale des ligaments ronds).

Technique opératoire. — 1° *Mise à découvert du repli vésico-utérin et incision transversale aussi large que possible de ce repli.*

2° *Attirer l'utérus en antéversion, mettre en évidence les ligaments ronds, et, successivement, les raccourcir de chaque côté au moyen d'une sorte d'anse faite avec chacun d'eux* (réunir un point du ligament rond situé tout près de l'insertion de ce ligament à un autre point distant de celui-ci de 7-8-9 centim.). Si l'on refoule la portion vaginale du corps en arrière, le corps utérin apparaît dans l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. Le doigt, introduit à travers cette ouverture, atteint aisément le fond, la face postérieure de l'utérus, la face postérieure du ligament large qu'il peut amener dans le vagin. Si, par cette manœuvre, on ne réussissait pas à amener l'utérus en antéversion, il suffirait, pour y parvenir, dans les cas de rétroversion mobile bien entendu, d'aider à la manœuvre avec une main agissant à travers la paroi abdominale (cela supprime la nécessité de pince ou crochet dont l'action n'est pas toujours inoffensive).

Il n'est pas indispensable, pour mettre en évidence les ligaments ronds, d'attirer l'utérus dans le vagin. Les ligaments ronds mis à

(1) *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXXIII, Hft. 3.

découvert, on les raccourcit en anse au moyen de fils qu'on ne noue pas tout de suite, mais sur lesquels on met des pinces hémostatiques.

3° *Fixation des ligaments ronds raccourcis par une anse, et traitement de la plaie opératoire.* — Si l'on se borne à une fixation péritonéale des ligaments ronds, il faut avoir soin, en fermant le cul-de-sac vésico-utérin, qu'on ferme transversalement, que les deux sutures des angles comprennent les ligaments ronds. L'anse obtenue primitivement est définitivement fixée avec de la soie ou du crin de Florence et le fil primitif enlevé. La vessie peut alors revenir dans sa situation normale ; on la suture de nouveau au col et l'on ferme le vagin.

Mais cette fixation purement péritonéale met peu à l'abri des récidives ; aussi, *paraît-il indiqué de suturer à la paroi vaginale les bords de nouveau réunis par suture du pli vésico-utérin.* A la vérité, la vessie ne peut plus, dans ce cas, recouvrer sa position primitive, mais la fixation des ligaments ronds est d'autant plus solide qu'ils sont unis — indirectement, d'ailleurs — au vagin. Enfin, si l'on veut avoir une fixation très solide, on place les fils de fixation de façon qu'ils traversent d'abord la paroi vaginale, puis les ligaments ronds, c'est alors une fixation directe. Quand le cul-de-sac vaginal a été ouvert transversalement, les fils de fixation sont placés aux angles de cette incision transversale. Si on a, au contraire, procédé par une incision antéro-postérieure du vagin, il faut libérer, un peu de chaque côté, la paroi vaginale, pour placer la suture de fixation en dehors de la ligne médiane, sans quoi on risquerait de produire une coudure trop marquée des ligaments ronds.

Naturellement, les faits cliniques de nature à permettre de porter un jugement sur ce mode opératoire, manquent encore. Le temps seul dira par la façon dont évolueront grossesse et accouchement dans ces conditions, ce que vaut réellement cette nouvelle méthode. R. LABUSQUIÈRE.

Raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds pour la guérison de la rétroflexion de l'utérus au moyen de la laparotomie antérieure (Intraperitoneale Verkürzung der Ligamenta rotunda zur Heilung der Retroflexio uteri mittels Laparotomiæ vaginalis anterior) par E. BODE. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 13, p. 357.

L'auteur rappelle que, dès le 6 juin 1888, il a, à la Société gynécologique de Dresde, communiqué un *procédé de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, après laparotomie abdominale*, pour traitement de la rétroviation de l'utérus, procédé qu'il a eu l'occasion d'appliquer, et avec succès, plusieurs fois. Depuis, il avait, encouragé par les brillants résultats attribués aux procédés de vagino-fixation de Dührssen et Mackenrodt, recouru à la vagino-fixation. Mais, en raison des cas graves de dystocie (1) attribués depuis à la vagino-fixation, il avait, le 9 décembre 1895, également à la Société gynécologique de Dresde, fait la proposition de faire *le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds après laparotomie vaginale.*

Technique opératoire. — Incision transversale du cul-de-sac antérieur du vagin ; recherche et ouverture, d'après le procédé de Dührssen, du repli vésico-utérin. Attraction de l'utérus en avant. Exploration et exécution des interventions jugées nécessaires (décollement, extirpation, ponction, cautérisation, etc.). Cela fait, on traverse avec une aiguille armée d'un fil l'un des ligaments ronds à environ 1 centim. de son insertion, de droite à gauche par exemple, puis, par un trajet inverse, c'est-à-dire de gauche à droite, on le traverse à nouveau, en un point distant de 5 à 6 centim. du premier (en tenant compte du plus ou moins de tension de ligament, du raccourcissement qu'on veut obtenir). Puis, on saisit les extrémités du fil, dans une pince hémostatique. On traite de même le ligament rond du côté opposé. Cela fait, on refoule l'utérus dans le ventre tandis qu'on réunit les deux points choisis sur chaque ligament en nouant solidement le fil correspondant. Les fils noués, on les coupe courts. Fermeture de la plaie péritonéale par quelques sutures au catgut. Occlusion du reste de la cavité opératoire par une suture continue au catgut, qui, simultanément, peut fixer la vessie sur le col. S'il est besoin, ajouter quelques sutures perdues.

L'auteur résume ainsi 3 cas qu'il a opérés de cette manière.

Obs. I. — Kyste de l'ovaire droit de la grosseur d'une mandarine. Rétroflexion de l'utérus. Opération le 25 novembre 1895. Curettage de l'utérus. Ponction et excision du kyste. Blessure d'une petite veine, au moment où l'on opérait sur le ligament rond, blessure qui fut le point de départ d'un petit hématome. Suture longitudinale de la plaie vaginale. Jusqu'à présent, guérison.

Obs. II. — 26 ans, multipare. Traitée, sans succès, depuis plusieurs années, au moyen de pessaires. Opération le 21 janvier 1896. Suture longitudinale. Jusqu'à présent, succès.

Obs. III. — 23 ans. Traitée par des pessaires, sans succès, depuis 1894. Au commencement de 1896, pessaires de Hodge, puis de Thomas. Périmétrite. Opération le 24 février 1896. Encore en traitement.

R. Labusquière.

Suspension antérieure de l'utérus et raccourcissement des ligaments ronds au moyen de la section vaginale (Anterior suspension of the uterus and shortening of the round ligaments by vaginal section), par H. T. Byford. *The Am. Gynæc. a. Obst. J.*, juin 1896, p. 774.

L'auteur résume son procédé comme suit : 1° colporrhaphie antérieure ; 2° suture du fond de l'utérus au revêtement péritonéal de la portion supérieure de la vessie ; 3° suture du ligament rond à l'utérus, au-dessus de son insertion utérine, et d'un point de ce ligament aussi rapproché que possible de son extrémité pubienne ; 4° fermeture de la plaie vaginale de telle façon que la vessie récupère ses attaches vaginales et utérines, de façon aussi à ce que le tissu connectif situé de chaque côté du cul-de-sac vaginal antérieur soit ramené en avant de l'utérus et refoule le col en arrière.

Après l'opération, dit l'auteur, si on fait l'examen bimanuel, on constate que le col de l'utérus est à 8 ou 10 centim. du ligament sous-pubien, que le fond de la cicatrice est au-dessus et en arrière de la vessie, non au-dessus du pubis, c'est-à-dire que l'utérus est en position normale.

Il a, d'après ce procédé, opéré 8 cas. Dans le premier, toutefois, il n'avait pas procédé au raccourcissement des ligaments ronds. Enfin, dans le dernier seulement, il réunit longitudinalement l'incision transversale du cul-de-sac antérieur du vagin. L'auteur commence son intervention en incisant, sur une largeur de 3 centim., le cul-de-sac antérieur ; puis, du milieu de cette incision il en conduit une autre, sagittale, suivant la ligne médiane de la paroi antérieure. Il attribue à ce procédé les qualités suivantes : 1° il n'est pas dangereux quand il est pratiqué par une main expérimentée ; 2° il est efficace ; 3° il a sur la vagino-fixation cette supériorité que la position de l'utérus est normale, que la vessie récupère ses connexions avec les organes voisins ; qu'il expose peu à

des complications à l'occasion de la grossesse et de la parturition ; 4° il est d'une exécution plus simple que l'opération d'Alexander, plus sûr ; 5° il donne accès dans la cavité péritonéale et aussi permet de préciser le diagnostic, de libérer les adhérences, et de traiter, suivant les cas, les diverses conditions pathologiques ; 6° les malades le préfèrent à l'opération d'Alexander qui comporte deux incisions externes, à la ventrofixation avec la plaie abdominale ; 7° il n'y a pas danger de hernie.

Comme originalité de sa méthode, comme particularités la distinguant des procédés de Wertheim et Bode, il signale : a) le décollement, l'abaissement du péritoine situé en avant du pubis et sa suture au fond de l'utérus, b) et la façon toute particulière dont il traite le ligament rond (1). R. LABUSQUIÈRE

Colpotomie antérieure et vagino-fixation, par G. FRAISSE. *Ext. de la Gaz. gyn.*, mars 1896.

L'auteur expose très nettement les procédés de vagino-fixation de Dührssen et de Mackenrodt (2), en indiquant les transformations successives que ces procédés ont subies. Il montre aussi, qu'après avoir été utilisée dans le but d'obtenir une vagino-fixation plus solide, l'incision systématique du cul-de-sac vésico-utérin a été l'origine d'interventions diverses et importantes par cette voie (Dührssen, Martin, Mackenrodt, etc.).

A son avis, l'incision sagittale du vagin conseillée par Mackenrodt avec formation de lambeaux plus ou moins étendus, est la

---

(1) Dans la discussion à laquelle donna lieu cette communication de Byford (Société gynécol. de Chicago), BALDY dit, qu'à son avis, la fixation de l'utérus n'est indiquée que dans des cas exceptionnels, et que, dans ces cas très rares, il conviendrait de rendre les femmes stériles avant de la pratiquer ; d'autre part, BACON dénie toute originalité à la méthode : « il y a, dit-il, dans ce procédé deux points essentiels : 1° la fixation vésicale de l'utérus ; 2° le raccourcissement des ligaments ronds après section vaginale. Or, le premier appartient à Mackenrodt et le second à Wertheim ».

(2) Voir *Annales de Gyn. et d'Obst.* octobre 1894. Nous avons, alors, décrit les deux procédés. Celui de Mackenrodt d'après le *Berl. klin., Wochensch.* Dans celui de Mackenrodt, il n'était pas encore question de l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. « *La condition capitale*, d'après l'auteur, *était d'amener la disparition du cul-de-sac antérieur, fixer l'utérus au feuillet antérieur de ce pli et ce feuillet au vagin.* » R. L.

plus recommandable, parce qu'elle permet d'inspecter plus complètement tout le champ opératoire et d'agir plus aisément sur les différents états pathologiques du bassin. Toutefois, il fait les plus grandes réserves sur l'utilité et l'innocuité de ce procédé, c'est-à-dire de la vagino-fixation *intra-péritonéale* de l'utérus, quand elle est pratiquée sur des femmes encore en état de concevoir. Les rapports nouveaux, tout à fait anormaux, de l'utérus, des trompes, réduisent d'abord au minimum les chances de conception, d'autre part préparent des complications graves au cas de grossesse et de parturition (faits de Strassmann) (1).

Aussi, à ce point de vue, serait-il plutôt regrettable qu'on ne soit pas resté au procédé primitif de vagino-fixation de Mackenrodt, vagino-fixation non intrapéritonéale, avec laquelle « *la nouvelle position de l'utérus quoique différant sensiblement de la normale, peut se prêter à des mouvements de plus en plus étendus, ce qui explique la possibilité d'une grossesse ultérieure et de son entière évolution* ».

Mais, il considère comme une excellente acquisition la colpotomie antérieure quand elle est judicieusement appliquée par un chirurgien adroit et expérimenté à certains états pathologiques des organes pelviens (ablation d'annexes enflammées ou même suppurées, sacs tubaires, grossesses tubaires, tumeurs kystiques, fibromes). — « Elle vient bien à propos, ajoute-t-il, par ce temps de mutilations à outrance, grossir les ressources dont dispose la gynécologie conservatrice. »

R. LABUSQUIÈRE.

De la cœliotomie vaginale (Ueber-vaginale Kölliotomie), par DÖDERLEIN. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 3, p. 72.

Durant les deux dernières années, Döderlein a fait 35 fois la colpotomie antérieure. Toutes ses opérées ont guéri sans accidents. 22 fois l'opération avait pour but la vagino-fixation.

6 fois, elle permit d'extirper des kystes de l'ovaire ou des annexes enflammées. 2 fois, il fallut renoncer à des tentatives par cette

(1) Voir *Annal. de gyn. et d'obst.*, juin 1896, p. 486, les faits de dystocie de cette nature consignés par M. Paquy dans son travail sur la *Colpotomie antérieure*.

La statistique de Milander, citée par E. Wertheim (v. p. 145), est aussi très suggestive dans ce sens.

voie d'extirpation d'ovaires et de trompes adhérentes et faire la laparotomie abdominale. Toutefois, l'auteur ne cite pas ces faits dans le seul but de décrier la colpotomie. Il pense, au contraire, qu'un de ses grands avantages est de permettre de préciser le diagnostic, de se rendre compte, directement, de l'importance, de l'étendue des états pathologiques du bassin et de régler son intervention d'après les constatations faites. Elle sera utilement substituée, dans nombre de cas, à la laparotomie abdominale exploratrice et n'exposera pas à certaines conséquences possibles de cette dernière (hernie abdominale, p. ex.).

Technique opératoire. — Döderlein préfère à la large incision transversale du cul-de-sac antérieur, conseillée par Dührssen, une incision sagittale avec deux petites incisions transversales, celles-ci continuant la première au niveau du cul-de-sac (le chirurgien aurait ainsi le champ opératoire mieux en vue et pourrait combattre plus efficacement les hémorrhagies). Pour attirer l'utérus au dehors de la cavité péritonéale, D. préfère se servir d'un double crochet à pointes aiguës que des fils guides de Dührssen, lesquels lèseraient davantage les tissus. En terminant, il s'efforce de rétablir les rapports naturels de la vessie, de l'utérus, du vagin, du cul-de-sac vésico-utérin. Il draine la cavité vésico-cervico-vaginale au moyen d'une bande de gaz iodoformée, pour laquelle on ménage, en fermant le vagin, une ouverture.

En ce qui concerne le traitement de la rétroversion de l'utérus, il obtient, pour assurer l'antéversion, un raccourcissement de la paroi antérieure de la matrice, non comme Rabeneau et Mackenrodt par l'excision de morceaux de tissu utérin, mais, au moyen d'une incision longitudinale de la paroi antérieure, incision qu'il suture ensuite transversalement, ce qui procure le raccourcissement voulu (1).

Dr R. LABUSQUIÈRE.

---

(1) Dans la discussion à laquelle cette communication de Döderlein, à la Société de Leipzig, donna lieu, SÄNGER fit certaines réserves sur cette opération : « Quand utérus et annexes sont mobiles, ou bien quand les adhérences sont médiocres, l'opération est sans doute aisée. Encore est-il arrivé que, même dans ces cas, on n'a pas toujours réussi à remettre l'utérus en bonne position. Et dans les cas d'adhérences étendues, fibreuses, on ne peut pas toujours libérer les annexes ou les enlever sans risquer de blesser les vaisseaux spermatiques. Il faut alors se contenter d'une intervention incomplète ou procéder immédiatement à la cœliotomie abdominale. Sänger accepte

De l'ovariatomie par la voie vaginale (Ueber Ovariotomie vou der Vaginal aus), par E. Bumm. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 12, p. 314.

Après un court historique de l'ovariotomie par le vagin, l'auteur relate les cinq observations suivantes :

Obs. 1) 35 ans, mariée, 5 enfants. Dans le Douglas, masse plus grosse qu'une tête d'enfant, faisant bomber le cul-de-sac postérieur du vagin. Ponction qui évacua une substance graisseuse se coagulant par le refroidissement. Diagnostic : kyste dermoïde. *Opération* le 12 novembre. Incision transversale, au-dessus de la tumeur, du cul-de-sac postérieur. Réunion par quelques sutures du péritoine à la muqueuse du vagin. Une partie de la surface de la tumeur, devenue accessible, est saisie dans une pince de Museux, et se déchire. Évacuation facile du contenu. On attire la poche jusqu'au pédicule. Destruction des adhérences avec le doigt. Ligature du pédicule au catgut; cautérisation au fer rouge de la surface du pédicule. Exploration de la face postérieure de l'utérus et des annexes droites, saines. En raison d'hémorrhagies diffuses de la surface des adhérences, tamponnement du Douglas avec de la gaze iodoformée.

Guérison sans complication; température maxima le premier et le deuxième jour après l'opération, 37°,6. Le troisième jour, enlèvement d'une partie du tampon, le cinquième de la totalité. Le douzième jour, la femme se levait, et quittait l'hôpital le quinzième jour.

Obs. 2) 15 ans et demi. kyste ovarique, volumineux, fluctuant. Hymen intact, vagin étroit, utérus en rétroversion; dans le cul-de-sac antérieur du vagin, le doigt constate, alors qu'une main l'abaisse, à travers la paroi abdominale un segment de la tumeur. *Opération* le 10 décembre 1895.

La portion vaginale du col est saisie avec une pince de Museux, l'utérus abaissé, et le cul-de-sac antérieur tendu. Incision longitudinale le long du septum uréthral, se prolongeant jusque sur la portion vaginale du col. Refoulement de la vessie. Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. Une portion, devenue visible, de la paroi — blanc brillant — de la tumeur est saisie dans une pince de Museux. Ponction. Grâce à l'évacuation du contenu, la poche de la tumeur vient facilement. Ligature au catgut, cautérisation du pédicule, exploration de l'utérus et des annexes droites. *Vagino-fixation* de l'utérus par des fils de soie. Fermeture de l'incision vaginale par une suture continue au catgut.

---

surtout l'opération pour les interventions sur le corps de l'utérus (extirpation des myômes), pour les petites interventions conservatrices sur les ovaires, etc. Sans doute, ajoute-t-il, l'opération de Dührssen est une opération d'avenir, mais besoin est d'une épreuve plus longue pour en établir les indications. Langerhans, de son côté, fit des réserves au point de vue de l'influence fâcheuse que l'opération pourrait avoir sur la grossesse.

Guérison régulière. Température maxima le troisième jour après l'opération, 37°,8. La malade se lève le septième jour et quitte l'hôpital le neuvième.

OBS. 3) 31 ans, 3 enfants. Tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant, fluctuante, située en arrière de l'utérus qu'elle dépasse de 2 travers de doigt et fixe solidement. *Opération le* 12 *décembre* 1895. Ouverture du Douglas au thermo-cautère. Fixation du péritoine au vagin. Décollement laborieux, incomplet du kyste adhérent de tous côtés. Hémorrhagie abondante. En raison de ces complications, hystérectomie vaginale. Alors, par la brèche large ainsi obtenue, énucléation du kyste de ses adhérences. Plusieurs pinces sur les points saignants. A droite, une petite portion de la tumeur, saisie dans une pince-clamp, doit être laissée en place. Tamponnement avec de la gaze iodoformée.

Suites opératoires, apyrétiques les quatre premiers jours. Le cinquième jour, enlèvement des pinces-clamps; hémorrhagie qui exige un tamponnement à la gaze iodoformée.

De temps à autre, le soir, le pouls restant bon, mouvements de fièvre (1 fois 39°,2). La femme se leva le trente-troisième jour après l'opération, et quitta l'hôpital six jours plus tard.

OBS. 4) 29 ans, non mariée. Utérus en antéflexion ; en arrière de lui deux tumeurs, grosses comme une tête d'enfant; celle de droite, un peu plus haute, s'élevant jusqu'au-dessous de l'ombilic. *Opération* le 21 janvier 1896. Ouverture du cul-de-sac postérieur du vagin avec le Paquelin et incision du péritoine. On aperçoit le pôle inférieur de l'une des tumeurs, celle de gauche. On la saisit. Ponction et développement jusqu'au pédicule. Par pression exercée à traversla paroi abdominale, la tumeur de droite, la plus élevée, est ramenée dans la brèche vaginale, traitée de même façon que la première. Outre ces deux tumeurs, on extirpe une autre masse, formée de petits kystes conglomérés et qui paraissait en connexion avec la trompe gauche. Pas d'hémorrhagie. Tamponnement à la gaze iodoformée. *Guérison régulière*. La femme se lève le dixième jour et quitte l'hôpital le treizième. Au moment de son départ, il existait encore dans le cul-de-sac postérieur du vagin une petite surface bourgeonnante.

OBS. 5) 28 ans. Tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, située en avant de l'utérus rétrofléchi. Au moment de son entrée, la femme présentait des phénomènes aigus (comme de torsion du pédicule). Opération le 3 février 1890. incision sagittale de la paroi vaginale antérieure jusqu'au tubercule uréthral. Pendant le refoulement de la vessie, déchirure de la paroi vésicale de 2 centim. de longueur; occlusion par suture continue au catgut. Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. Saisie d'une portion visible non adhérente de la tumeur. Ponction. La poche se déchire, rétrocède sans qu'il soit possible de la ressaisir ; on procède alors à la cœliotomie *abdominale*. Ligature et excision de la tumeur issue de l'ovaire droit. Toilette de la cavité abdominale. Fermeture de la plaie du ventre. Occlusion de la plaie du vagin

par une suture au catgut, à l'exception d'une petite ouverture pour une bande de gaze qu'on pousse jusqu'au péritoine. *Suites opératoires apyrétiques.* Température maxima le deuxième jour, 37°,8.

Conclusion. — Quand il s'agit de tumeurs non adhérentes relativement accessibles, qu'elles le soient dans le cul-de-sac antérieur ou postérieur, la cœliotomie vaginale est très recommandable. Elle évite aux femmes non seulement une vilaine cicatrice qui, en outre, les expose à des hernies, mais elle les met à l'abri des douleurs qu'on observe à la suite des laparotomies même les plus simples, pendant les premiers jours. Dans les trois des observations précédentes où il ne survint pas de complications, les opérées ne souffrirent pas plus qu'après une simple vaginofixation et purent se lever du septième au douzième jour.

Mais, quand on a affaire à des tumeurs situées haut, que par l'examen pratiqué dans la narcose on de la peine à les ramener vers le vagin, et quand, de l'analyse des symptômes et de la marche de la maladie, on peut conclure à la présence d'adhérences sérieuses, l'ovariotomie, ancienne classique reprend tous ses droits. D'ailleurs, on peut d'abord essayer par la voie vaginale. La petite plaie dans le cul-de-sac du vagin ne constitue jamais une complication particulière si, éventuellement, on est forcé de renoncer à la cœliotomie vaginale, et d'intervenir par la laparotomie abdominale L'ovariotomie vaginale ne risquerait de devenir dangereuse, funeste, qu'au cas où le chirurgien s'obstinerait, malgré des conditions anatomiques particulièrement compliquées. à vouloir terminer enlever tout par cette voie. R. LABUSQUIÈRE.

De la cœliotomie vaginale postérieure (Ueber den hinteren Scheidenbauchchnitt), par MACKENRODT. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. XXXIV, Hft. 2, p. 348.

Dans cette communication, l'auteur se montre très partisan de la colpotomie postérieure qu'il préfère à la colpotomie antérieure, malgré le haut patronnage de celle-ci par A. Martin.

La cœliotomie postérieure, quand il s'agit d'attaquer certaines affections des organes pelviens, est la voie la plus naturelle. Pour la plupart, les tumeurs siègent en arrière de l'utérus, en sorte qu'on peut, dès l'ouverture du Douglas, les atteindre. L'auteur a suivi cette voie déjà dans 43 cas. 10 *énucléations des myômes* de la paroi antérieure et postérieure, et en conservant l'utérus.

Mais, l'utilisation de cette voie pour l'énucléation des myômes *de la paroi postérieure* n'est pas neuve; A. Martin l'avait systématiquement suivie, il y a déjà quinze années. *Ce qui est neuf c'est, après l'ouverture du Douglas, de fendre longitudinalement la paroi postérieure de l'utérus sur la ligne médiane, et par cette brèche dont on écarte largement les bords, d'aller à travers la cavité utérine énucléer les myômes de la paroi antérieure.* L'énucléation faite, on suture l'utérus. Les avantages de ce procédé sur la colpotomie antérieure sont multiples ; a) la vessie reste toujours intacte; *b*) pas n'est besoin d'attirer l'utérus dans le vagin ; c) le drainage du Douglas après l'opération assure les avantages du traitement d'une plaie ouverte.

2° *Grossesse extra-utérine.* — L'avantage ici est de pouvoir, après ouverture du Douglas, au moyen de l'exploration bimanuelle, détruire les adhérences et amener la tumeur à bonne portée. Il est possible de la libérer de ses adhérences au delà même de l'ombilic. Le plus souvent, elles sont délicates et récentes, de sorte que le décollement est facile.

3° *Hydro et pyosalpinx, tumeurs tubo-ovariques et abcès de l'ovaire*, même quand ces affections sont compliquées d'adhérences ; (l'auteur présente une série de pièces pathologiques qui établissent la simplicité de l'opération). Et il ne s'agit pas de cas particulièrement faciles, loin de là ! Il existait des adhérences très fortes, très étendues, et, deux fois, il y avait eu perforation vers le rectum et le vagin. Le décollement bimanuel, combiné, se montra, cependant, relativement facile, dans tous les cas. Les adhérences détruites, les tumeurs se laissent facilement attirer dans le vagin et sans qu'il soit besoin de retourner l'utérus. *La voie à travers le Douglas est beaucoup plus courte qu'à travers le cul-de-sac vaginal antérieur dans la colpotomie antérieure,* où d'abord vessie et utérus doivent être écartés. La rupture de tumeurs suppurées n'entraîne pas de conséquences graves, parce qu'immédiatement le pus peut s'écouler le long des doigts et que, l'opération terminée, on a à traiter une place ouverte. (Dans un cas, où la rupture eut lieu, le pus était extrêmement infectieux. La guérison pourtant fut régulière, et trois mois après survenait une grossesse). La pédiculisation des tumeurs n'est pas difficile. Provisoirement, on peut mettre une pince-clamp, puis procéder à la ligature. On peut aussi, quand la ligature présente des difficultés

spéciales, se borner à laisser le clamp qu'on enlève vingt-quatre heures après.

4° *Décollement des adhérences*, qui ne sont pas justiciables de la méthode de B. Schultze. L'auteur a recours systématiquement à l'ouverture du Douglas chaque fois qu'il s'agit de détruire des adhérences solides.

5° L'auteur a également, indépendamment des tumeurs suppurées, fait rentrer dans le domaine de l'opération, les suppurations aiguës, les abcès ovariques et les suppurations tubaires, conditions pathologiques contre lesquelles tous les autres procédés opératoires sont peu rationnels et très dangereux (tous les cas ont guéri sans accidents).

6° Tumeurs kystiques des ovaires, dont la grosseur dépassait celle d'une pomme. Après ouverture du Douglas, on ponctionne une ou plusieurs fois la tumeur, suivant qu'elle est uni ou multiloculaire. Puis, on saisit la paroi avec une pince-clamp et on l'attire dans le cul-de-sac de Douglas. Au cas d'adhérences, on les libère. L'auteur présente six grosses tumeurs enlevées par cette voie : deux kystes simples, deux multiloculaires, deux dermoïdes. Dans un cas, il réussit, chez une vieille femme de 76 ans, à enlever, sans recourir à la narcose, une tumeur qui donnait lieu à des phénomènes d'incarcération.

Dr R. LABUSQUIÈRE.

REVUE ANALYTIQUE DES PÉRIODIQUES RUSSES

Journal russe d'accouchements et de gynécologie (mars et avril 1896).

1° SLAVIANSKY. — *Compte rendu des opérations* faites pendant le mois de novembre 1895 dans la clinique par le professeur et ses assistants.

2° ALEXANDROFF. — Tendance moderne de la gynécologie vers les *méthodes conservatrices*.

3° LVOFF. — *Contribution à l'étude des brides amniotiques*. — Le Dr Lvoff cite un cas de mort d'un fœtus, dont le cordon au cours du travail a été fortement serré par un nœud formé par une mince bride amniotique. Celle-ci prenait naissance à l'endroit de l'insertion du cordon au placenta, se dirigeait ensuite presque parallèlement au cordon, le serrait fortement par un nœud et ensuite,

en s'élargissant jusqu'à 2 centim., descendait vers l'amnios pour s'y terminer au point de sa déchirure, près du bord du placenta. L'examen histologique de cette bride a démontré l'analogie complète de sa structure avec la membrane amniotique.

4° KOHAN. — *De l'influence de la castration sur la muqueuse utérine.* — Le Dr Kohan, pour étudier les modifications que peut subir la muqueuse utérine à la suite de l'ablation des ovaires, a entrepris une série d'expériences sur 20 lapines qu'il tuait à intervalles variant de 24 jours à 10 mois après la castration. Les résultats furent les suivants :

L'épithélium perd ses cils vibratiles, devient plus bas, prend une forme tantôt irrégulièrement cubique, tantôt une forme de bâtonnet. Les cellules sont ou gonflées ou ratatinées, très pauvres en protoplasma, le noyau se transforme à la fin en une masse irrégulière, se colorant uniformément et sans qu'on puisse reconnaître autre chose; plus tard cette masse tombe en dégénérescence granuleuse. Quelquefois, on rencontre des noyaux avec beaucoup de petits points noirs.

L'épithélium des glandes subit la même modification; les glandes elles-mêmes diminuent peu à peu, en commençant par le rétrécissement de leur lumière, laquelle est souvent remplie par des noyaux presque libres de protoplasma, et enfin elles finissent par disparaître.

Les prolongements des cellules du stroma sont devenus minces, filiformes, les noyaux sont diminués, ratatinés, les cellules fusiformes se sont allongées en même temps que le corps est devenu plus mince, leur nombre a considérablement augmenté, mais plus tard les cellules fusiformes commencent à disparaître et à leur place il se montre des fibres de tissu conjonctif. Le nombre de cellules rondes a également diminué.

La structure des vaisseaux change également. D'une part, la tuméfaction de l'endothélium, d'autre part l'épaississement de la tunique moyenne conduisent à l'oblitération complète de la lumière.

Dans les dernières expériences, on rencontre près de la paroi musculaire des fibres élastiques, ce que l'on ne trouve pas dans la muqueuse normale.

En comparant les modications qu'a subies la muqueuse utérine saine de quatre vieilles femmes mortes entre 61 et 71 ans, avec

celles étudiées après la castration de jeunes lapines, l'auteur a trouvé une analogie presque complète de lésions.

5° Gikhareff. — *Contribution à l'étude de la menstruation.*

6° *La méthode de Doyen dans l'hystérectomie vaginale.*

7° Katz. — *Deux cas d'avortement des utérus bicornes.*

Dr Rechtsamer.

BIBLIOGRAPHIE

Trois cas de grossesse extra-utérine, par le Dr Strauch.

Le Dr Strauch cite trois cas de grossesse extra-utérine. Dans le *premier cas*, c'était une femme enceinte pour la première fois et dont les antécédents personnels étaient nuls.

En mettant son corset, elle a ressenti tout d'un coup une douleur dans la région hypogastrique droite et a perdu connaissance.

Trente-quatre heures un quart après, son état étant très grave, pâleur extrême, dyspnée, vomissements bilieux, pouls filiforme, 140-150 par minute, battements de cœur à peine perceptibles, météorisme, matité sur les côtés, on fait la laparotomie. Le péritoine incisé, une grande quantité de sang noir, en partie liquide et en partie coagulé, sort. La main introduite dans le petit bassin, dans la direction des annexes droites, y sent une tumeur grosse comme une noix, en la tirant, elle éclate et se détache complètement de la trompe droite. Continuant à tirer la trompe, une rupture transversale se fait entre son tiers interne et le moyen. Les annexes liées, on ne les enlève pas, mais on les laisse dans la cavité abdominale. Annexes droites saines. La tumeur a été perdue. La malade a guéri.

Deuxième cas. — IIpare. Après un retard de quinze jours, les règles sont revenues, aucun signe de grossesse. Pendant le coït, douleur, syncope. Mêmes symptômes que dans le cas précédent. Utérus normal, annexes droites grosses comme une petite pomme. Position horizontale, glace sur le ventre, pas de boissons, pas de moyens excitants. La matité sur les côtés a disparu. La grossesse tubaire continue à se développer.

Troisième cas. — Pendant deux ans, à la suite d'un accouchement laborieux, la malade souffrait d'une pelvi-péritonite. Deux

mois après les dernières règles, un écoulement vaginal sanguin s'est montré qui, deux jours après, se transforma en une forte hémorrhagie; il s'est dégagé des petits morceaux de membranes d'œuf. Six jours après, gardant le lit pour la fausse couche supposée sans cause appréciable, son état empirait. Agitation, vomissements, météorisme; sur la partie déclive gauche, matité. Pouls 100-110. Tout a été préparé pour l'opération. La malade a passé une bonne nuit, le lendemain elle s'est bien sentie. A midi et demi, la malade pousse tout d'un coup un cri et meurt rapidement, présentant des phénomènes d'hémorrhagie interne.

1° Dans le premier cas, le Dr Strauch, en liant la trompe, la laissa dans la cavité abdominale.

2° Si un cas de grossesse extra-utérine rompue se présente, et s'il n'y a pas d'autorisation à opérer : pas de moyens excitants, même si le pouls est en mauvais état. L'abaissement de la tension artérielle contribue à la formation d'un thrombus dans le point déchiré et c'est ainsi que l'hémorrhagie s'arrête complètement.

L'introduction de liquide dans l'organisme doit être réduite au minimum ; car, abondante, elle peut amener une hémorrhagie, déjà arrêtée. Avant la laparotomie, faire une injection de sérum sous-cutané. Dr RECHTSAMER.

Traitement des maladies des femmes par l'électricité, par le Dr L. R. REGNIER, ancien interne des hôpitaux (Alcan, 1896).

Ce volume, qui constitue la plus importante monographie actuellement publiée sur ce sujet encore si controversé des applications de l'électricité à la gynécologie, arrive à son heure car le moment est venu pour résumer les progrès accomplis dans cette branche spéciale de l'électrothérapie et faire une sélection de ce qui peut être considéré comme nécessaire à connaître et utile à appliquer.

C'est là la véritable raison d'être de cet ouvrage, écrit avec une expérience acquise de près de dix années, dans le service du Dr Labadie-Lagrave à la Maternité et à la Charité.

L'ouvrage est divisé en trois parties.

La première contenant l'histoire de l'évolution de l'électrothérapie gynécologique, depuis sa naissance il y a environ cinquante ans jusqu'à ces dernières années, les modes électriques employés, l'outillage nécessaire, les procédés de mesure des courants, car il ne faut pas l'oublier l'électricité est, comme les autres agents

thérapeutiques, dosable et c'est pour avoir négligé cette connaissance indispensable des doses à appliquer qu'on a souvent eu des insuccès ou des accidents.

Aussi saura-t-on gré à l'auteur des détails minutieux dans lesquels il est entré à ce propos.

Dans la seconde partie sont étudiées les applications de l'électricité aux maladies de la vulve, du vagin, de l'utérus, des ovaires, des trompes et des tissus péri-utérins. La troisième est consacrée aux troubles de la fonction menstruelle.

C'est surtout dans les chapitres relatifs aux troubles menstruels, aux tumeurs utérines et à certains syndromes nerveux que l'auteur a donné toute son attention, et ce sont là en effet les affections dans lesquelles l'emploi judicieux de l'électricité rend les plus grands services. Aussi lira-t-on avec intérêt ces chapitres où de l'innombrable quantité des travaux compulsés se dégagent des données pratiques et précieuses où la critique est soutenue par l'expérience personnelle de l'écrivain.

Dans son livre d'ailleurs, et c'est un de ses principaux mérites, il n'a pas fait œuvre d'exclusivisme. Il a tenu à comparer le traitement électrique aux autres moyens, à préciser les cas où il est indiqué et ceux surtout où il est contre-indiqué, comment et à quel moment il faut l'employer et c'est en cela que cet ouvrage constituera pour les gynécologistes un guide commode et sûr.

Curettage et infection, par F. JAYLE, Paris, 1895.

Dans ce petit travail, M. Jayle étudie les infections aiguës, subaiguës et latentes consécutives au curettage de l'utérus. Tout en admettant avec lui que l'on a beaucoup abusé dans ces dernières années du curettage, nous croyons très exagérées les accusations qu'il porte; certes dans les observations qu'il nous donne, l'opération est toujours en cause, mais nous croyons que ce qu'il faut surtout incriminer, c'est l'opérateur, car après plus de cent curettages nous n'avons jamais vu apparaître de phénomènes fébriles, ni se former des foyers suppurés correspondant à ces infections aiguës et subaiguës.

Le Gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1896

INDICATIONS DE LA CASTRATION ABDOMINALE TOTALE DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINS CAS DE SUPPURATIONS PELVIENNES (1)

Par **Henry Delagénière** (du Mans).

Ainsi que l'a fait remarquer dans son rapport M. Bouilly, les suppurations pelviennes sont multiples et une seule méthode ne saurait leur être appliquée. Aussi passe-t-il en revue les différentes opérations que l'on peut pratiquer contre ces lésions. La colpotomie est réservée aux seules poches bien isolées et facilement bombantes dans le vagin. La laparotomie, indiquée seulement quand il y a doute sur la bilatéralité ou la nature des lésions — ou encore lorsque les poches sont plus abdominales que pelviennes. L'hystérectomie vaginale, au contraire, serait applicable aux autres cas. C'est à peine si dans cette énumération rapide il mentionne en passant la castration abdominale totale.

Cette omission me paraît regrettable et je vais m'efforcer de vous en donner la démonstration. Je ne veux nullement faire de cette opération une méthode exclusive, ainsi que ses promoteurs, Polk, Krug, Baldy, Brown, etc., ont eu tendance à le faire, mais j'ai la conviction profonde que cette opération est excellente si on la pratique avec discernement, comme méthode d'exception dans certains cas bien déterminés.

Je ne mets donc en cause ni l'incision, ni l'hystérectomie vaginale, ni la laparotomie, mais je prétends qu'il y a des

(1) Communication faite au Congrès de Genève.

cas où le chirurgien échoue avec l'une ou l'autre de ces méthodes, qu'il doit par exemple recourir assez souvent successivement à la laparotomie et à l'hystérectomie vaginale ou réciproquement. Or, c'est pour ces cas-là précisément que la castration abdominale totale me paraît indiquée.

Je la considère donc comme une opération d'exception, une méthode complémentaire des trois autres.

Je la pratique parfois de *propos délibéré*, par exemple lorsque l'utérus est atteint de métrite intense avec périmétrite, et qu'il existe des poches suppurées et très élevées, qui ne me paraissent pas en rapport avec l'organe, lorsque l'utérus contient des fibromes qui en augmentent le volume, en un mot quand, à l'indication formelle de supprimer la matrice, se joint une contre-indication de la méthode vaginale.

La plupart du temps la castration abdominale totale n'est que le complément de la laparotomie. Je choisis la voie abdominale toutes les fois qu'il y a quelque incertitude dans le diagnostic; quand l'utilité de l'ablation de l'utérus est douteuse, enfin quand l'opération faite par le vagin présente quelque difficulté particulière. Lorsque le ventre est ouvert dans les conditions sus-énoncées, on peut se trouver en présence d'un utérus qui doit être enlevé, si, par exemple, après la décortication des poches il est saignant, dépouillé de son péritoine, s'il est en rétroversion adhérente, si les ligaments larges sont infiltrés, si enfin l'utérus lui-même est le siège de néoplasme.

Réduite à ces proportions, la castration abdominale totale est une opération rarement indiquée; mais elle nous paraît remplir une lacune importante dans le traitement des suppurations pelviennes, non seulement au point de vue anatomo-pathologique, mais aussi et surtout au point de vue des résultats définitifs.

Resterait la question de la gravité de l'opération. Je ne peux pas me prononcer sur ce point particulier, n'ayant fait l'opération que dix fois seulement.

Cette série de 10 cas m'a donné deux morts : ce qui serait excessif s'il s'agissait de cas simples et bénins. Mais, ce que j'ai dit des indications de l'opération démontre qu'elle ne relève que des cas particulièrement graves, cas pour lesquels les autres méthodes sont aussi meurtrières.

Quant à la question des résultats définitifs, la castration abdominale totale donne des résultats incomparables, tels que je n'en ai jamais observés avec les autres méthodes; la guérison est rapide et radicale; elle l'a été du moins chez les 8 malades qui ont guéri. Jamais elles n'ont présenté ni douleurs abdominales, ni constipation opiniâtre, ni ballonnement du ventre, etc. La plaie cicatrisée, la guérison a été complète et s'est maintenue parfaite.

Ce sont ces résultats définitifs qui m'ont paru surtout importants et c'est sur eux que je désire surtout attirer l'attention du Congrès.

Je n'ai donc pas la prétention de proposer la castration abdominale totale comme méthode exclusive, ainsi qu'ont eu tendance à le faire les promoteurs de la méthode Polk, Krug, Baldy, Brown, etc. ; mais j'ai la conviction profonde que c'est une méthode excellente, appelée à rendre de grands services dans les cas déterminés ci-dessus.

TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS DES ANNEXES ET DU PÉRITOINE PELVIEN (1)

Par **Henri Hartmann**,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Bien que la question à l'ordre du jour soit « le traitement des suppurations pelviennes », je limiterai ma communication au *traitement des inflammations annexielles ou péri-annexielles*, occupant le péritoine pelvien.

(1) Communication faite au Congrès de Genève.

C'est vous dire que je laisserai de côté les péritonites généralisées à point de départ génital et les inflammations du tissu cellulaire pelvien. Ces lésions sont rares et leur traitement ne nous semble pas prêter à discussion.

Toute péritonite généralisée doit être abordée par l'incision médiane de l'abdomen, toute inflammation suppurée du tissu cellulaire doit être incisée largement et drainée, dans le bassin comme dans toute autre région.

La discussion, pendante depuis quelques années, ne porte du reste que sur le traitement des lésions à point de départ annexiel, salpingites, ovarites, pelvi-péritonites, hématocèles, etc. C'est la thérapeutique de ces lésions que nous allons immédiatement aborder.

D'après nos observations, confirmatives de celles de beaucoup d'autres gynécologues, il nous semble établi qu'un certain nombre de malades guérissent par le simple traitement médical.

Cela se voit en particulier chez des blennorrhagiques, même après des accidents pelvi-péritonitiques, qui, bruyants au début, pouvaient faire craindre des lésions graves pour l'avenir. Je n'irai pas jusqu'à dire que le fait se produit dans tous les cas, ni que, dans les guérisons apparentes, il y a *restitutio ad integrum* de l'organe. Mais comme la femme ne souffre plus, il n'y a pas plus lieu d'intervenir sur l'ovaire qu'il n'y a lieu d'intervenir chez l'homme sur un noyau secondaire à une épididymite blennorrhagique De ces considérations découle une première indication thérapeutique : *sauf le cas de foyer manifestement suppuré, il faut, avant toute intervention opératoire, attendre les effets du repos au lit combiné à l'antisepsie vaginale.*

Un deuxième point, plus discuté, est celui de la question des *interventions intra-utérines,* en particulier de la dilatation et du curettage, comme traitement des inflammations périmétritiques. Si nous nous en rapportons à ce que nous avons constaté, nous arrivons à cette conclusion qu'il y a

lieu de commencer par la dilatation et la désinfection de l'utérus lorsqu'on se trouve en présence de tumeurs mal limitées, probablement dues en grande partie à des exsudats péritonitiques. Cette pratique, essentiellement conservatrice, ne présente aucun danger si l'on agit antiseptiquement et sans tiraillements brutaux sur la matrice. Elle ne risque que d'être inutile et donne dans un certain nombre de cas de réels succès.

Lorsqu'au contraire, il s'agit de grosses lésions localisées ou de tumeurs annexielles petites mais bien circonscrites, jamais entre nos mains le traitement intra-utérin n'a amené la moindre amélioration dans l'état des malades.

Ces données préliminaires établies, j'arrive aux résultats de l'intervention opératoire directement dirigée contre les lésions périmétritiques. Je m'appuierai pour cela sur une série de 167 opérations consécutives, représentant ma pratique intégrale depuis le 1er janvier 1893, mes opérations antérieures se trouvant déjà relatées dans un mémoire publié en collaboration avec mon maître le professeur Terrier, en 1893 (1).

Ces 167 interventions (2) ont donné 8 morts, soit une mortalité de 4,79 p. 100 ; encore devrions-nous retrancher une mort par syncope chloroformique, survenue au début d'une opération pour grossesse tubaire rompue avec hémorrhagie interne, ce qui nous donne 7 morts sur 166 cas, soit *4,22 de mortalité.*

Ces opérations se décomposent en :

---

(1) TERRIER et HARTMANN. Remarques anatomiques, cliniques et opératoires, à propos de 59 cas consécutifs de laparotomies pour lésions suppurées péri-utérines. Suites immédiates et éloignées de l'opération : *Annales de gynécologie*, 1893, t. I, p. 417.

(2) Les observations paraîtront prochainement *in extenso* dans la thèse de mon élève et ami Audiau, qui étudie en ce moment les suites immédiates et éloignées des opérations pratiquées sur les annexes.

104 cœliotomies, 4 morts, soit 3,8 p. 100 de mortalité.

47 annexites suppurées, 3 morts, soit 6,38 p. 100 de mortalité (13 cas non drainés avec 1 mort, 7,69 p. 100 ; 34 cas drainés, 2 morts, 5,88 p. 100).
11 grossesses ou avortements tubaires, 1 mort, 9 p. 100.
10 hydrosalpingites, dont 2 avec pédicule tordu, 0 mort.
27 annexites, 0 mort.
9 ovaires scléro-kystiques, 0 mort.

Dans 46 des 47 annexites suppurées, l'ablation des annexes a été bilatérale, dans 1 les annexes du côté opposé saines ont été conservées. Nous avons de même pu conserver un côté sain dans 7 opérations pour grossesse tubaire, dans 2 pour hydrosalpingites, et dans 9 pour annexites. Sur 9 opérations pratiquées pour ovaires scléro-kystiques, nous avons 2 fois fait l'ablation bilatérale, 2 fois nous avons limité l'ablation à un seul ovaire, 1 fois parce qu'il était seul pris, 1 fois parce qu'il était seul prolabé dans le cul-de-sac postérieur ; 4 fois nous nous sommes limités à l'ignipuncture, qui 2 fois a été suivie d'hystéropexie, l'utérus étant en rétro-déviation. Cette hystéropexie a été, pour la même raison, faite dans 4 des 27 opérations pour annexite. Ajoutons enfin que 2 fois, dans ces derniers temps, nous avons, après les annexes, enlevé par l'abdomen l'utérus gros et friable dans un cas, fibromateux dans l'autre. Les succès obtenus nous engagent à généraliser quelque peu cette pratique dans l'avenir.

Les 4 morts de cette série ont été déterminées 2 fois par une septicémie péritonéale, 1 fois par une plaie du sommet de la vessie, 1 fois par des accidents urémiques.

39 hystérectomies vaginales, 3 morts, 7,68 p. 100.

19 cas suppurés, 2 morts, 10 p. 100.
20 non suppurés, 1 mort, 5 p. 100.

29 fois l'hystérectomie a été accompagnée d'ablation complète des annexes ; 7 fois l'ablation des annexes a été incom-

plète, 3 fois nous nous sommes bornés à enlever l'utérus sans chercher à extirper les annexes.

Les 3 morts ont été déterminées, 2 fois par une péritonite plastique qui, les 2 fois, a débuté à la suite de l'ablation des mèches de gaze qui bourraient le vagin, et a causé la mort des malades, une fois le onzième jour, une fois le sixième jour, avec des accidents d'occlusion intestinale. La dernière mort a été la conséquence d'une hémorrhagie survenue une heure après l'ablation des pinces.

22 colpotomies postérieures, 0 mort.

14 pour lésions suppurées.
6 pour hématocèles.
2 pour collections séro-fibrineuses du cul-de-sac postérieur.

A côté de ces 22 colpotomies nous rangerons une *incision abdominale de péritonite enkystée péri-annexielle,* constituant une poche recouverte par l'épiploon, poche que nous avons simplement ouverte par une incision faite en dehors du muscle droit de l'abdomen.

Ceci dit sur les suites immédiates des opérations faites, voyons les *suites éloignées.*

Si nous nous plaçons exclusivement au point de vue de la disparition des symptômes morbides, l'avantage est, d'après nos observations, pour l'hystérectomie vaginale, lorsqu'à l'ablation de l'utérus a été adjointe celle des annexes. Convalescence rapide, disparition des symptômes douloureux, cessation de tout écoulement vaginal, absence de cicatrice abdominale avec ses petits inconvénients, tout est ici réuni en faveur de la voie vaginale. La seule critique, que nous ayons entendu émettre, théoriquement, disons-le immédiatement, c'est le trouble apporté aux rapports conjugaux. Il n'en est rien, croyons-nous, pour l'immense majorité des cas, et, à ce point de vue, la distinction, faite entre celles qu'on a appelées les clitoridiennes et celles pour lesquelles le col serait tout, ne nous a pas frappé.

Disons cependant qu'au point de vue spécial où nous nous plaçons certaines femmes, dans des cas rares il est vrai, ont, à la suite d'eschares vulvaires, de petites cicatrices s'écorchant facilement et devenant douloureuses. A part ce petit inconvénient, très rare du reste, l'hystérectomie vaginale avec ablation bilatérale des annexes, reste au point de vue curatif l'opération idéale. Aussi comprend-on l'enthousiasme qu'a soulevé cette opération auprès de quelques-uns, d'autant que certaines malades sont rassurées par ce fait qu'on ne leur « ouvre pas le ventre » et qu'on a là un subterfuge pour les tranquilliser et leur faire accepter plus facilement une intervention.

La castration abdominale n'est, de plus, pas toujours sans présenter le moindre ennui. La cicatrice peut quelquefois suppurer; dans certains cas, il n'y a pas immédiatement une disparition absolue des douleurs; de plus, la castration bilatérale a l'inconvénient de laisser un utérus inutile, sinon déjà suppurant et saignant, tout au moins susceptible de s'infecter ultérieurement, l'involution secondaire à la castration pouvant être incomplète, longue à se faire ou même manquer totalement (1).

Quant à la simple incision des collections suppurées, outre que, dans quelques cas, elle ne met pas la malade à l'abri d'une deuxième intervention radicale (2 fois sur 23), elle est loin de donner une guérison aussi rapidement complète que l'hystérectomie.

---

(1) Je ne parle pas des fistules pyostercorales persistantes, dont quelques adeptes exclusifs de la voie vaginale ont exagéré la fréquence et la gravité. Une seule de mes malades a conservé une fistulette qui ne l'a pas empêchée de se remarier. Ces fistulettes, quand elles existent, sont bien moins pénibles que celles qui s'ouvrent dans le vagin. Une de mes hystérectomisées, dont le foyer se vidait partiellement dans le rectum avant l'opération, a conservé après elle une fistule dans laquelle le cours des matières a changé, et se fait de l'intestin vers le vagin. Dès qu'elle a un peu de diarrhée il passe des matières dans ce conduit. Aussi, contrairement à celle qui porte une fistule abdominale, notre opérée vaginale n'ose avoir des rapports qui, du reste, sont peu attrayants pour le mari.

Il semble donc au premier abord, que l'hystérectomie vaginale avec ablation bilatérale des annexes l'emporte sur tous les autres modes de traitement.

Nous ne pouvons cependant admettre que ce soit le procédé de choix. L'ablation totale des annexes n'est pas toujours possible par le vagin. Le résultat n'est plus alors constamment parfait et quelques malades accusent encore de petites douleurs, tout comme certaines opérées par la voie abdominale. De plus, l'opération, dès qu'elle n'est pas absolument simple, présente quelques difficultés, notablement plus, en tous cas, que l'opération par la voie abdominale. Nous n'en voulons pour preuve que l'histoire de deux malades chez lesquelles, au cours d'une hystérectomie difficile, l'écoulement sanguin nous amena à ouvrir le ventre, séance tenante, pour assurer l'hémostase. En un instant, ce qui restait des annexes fut enlevé, les vaisseaux liés, et les deux malades guérirent.

L'aléa dans l'hystérectomie vaginale est peut-être plus grand que dans la cœliotomie, devenue bien réglée, depuis qu'on opère en voyant tout ce qu'on fait (1), opérant sur plan incliné, avec des compresses stérilisées recouvrant les intestins et limitant le champ opératoire. Aussi l'opération est-elle plus grave par la voie vaginale.

Je ne comparerai évidemment pas les résultats que j'ai obtenus par la voie vaginale à ceux que m'a donnés la voie abdominale. Les hystérectomistes pourraient me reprocher de ne pas bien posséder leur méthode. Je comparerai les deux statistiques intégrales de cœliotomies publiées à Paris, celle de mon ami Pierre Delbet (2) et la mienne, aux deux

---

(1) J'insiste, après mon maître Terrier, sur la nécessité qu'il y a de voir tout ce qu'on fait, contrairement à M. Richelot qui pense que « celui qui voudrait voir tout ce qu'il fait serait un mauvais laparotomiste » et qu'il faut opérer « au jugé le plus souvent ». C'était la pratique générale il y a une dizaine d'années, ce n'est plus la nôtre, actuellement.

(2) CHAVIN. *Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie.* Thèse de Paris, 1895-1896, n° 235.

statistiques intégrales d'hystérectomies publiées à Paris, celle de Richelot et celle de Segond. En réunissant les cas publiés dans son traité (1) aux chiffres qu'il a donnés dans un travail plus récent (2) nous voyons M. Richelot arriver avec 307 hystérectomies et 15 morts, soit une mortalité globale de 4,87 p. 100. Encore devons-nous faire observer que sa statistique comprend un nombre que nous ne pouvons préciser d'hystérectomies pour métrites.

M. Segond (3) sur 200 hystérectomies a 14 morts, soit 7 p. 100.

Au contraire, 135 laparotomies faites par Pierre Delbet n'ont donné que 5 morts, soit 3,7 p. 100; 104 faites par nous, 4 morts, soit 3,8 p. 100.

La voie abdominale reste donc, comme nous le disions en 1892 avec notre maître le professeur Terrier (4), *moins grave que l'hystérectomie vaginale*; nous ajouterons aujourd'hui *surtout lorsqu'on compare des statistiques intégrales*.

Un deuxième élément intervient encore pour nous faire rejeter l'hystérectomie vaginale comme méthode générale de traitement : c'est que l'opération est toujours totale.

Je sais bien qu'on a dit pouvoir explorer les annexes par le cul-de-sac postérieur et ne faire l'hystérectomie qu'après constatation de la bilatéralité des lésions.

C'est là de la théorie et les hystérectomistes ne pratiquent guère cette exploration. Elle ne donnerait du reste aucun renseignement quand les annexes malades occupent le cul-de-sac postérieur et que les saines sont haut placées.

Or, après la conservation de la femme, déjà mal assurée par l'hystérectomie, le deuxième but à atteindre est la *conservation de la fonction*, qui ne l'est pas du tout dans la cas-

(1) RICHELOT. *L'hystérectomie vaginale*. Paris, 1894.

(2) RICHELOT. Derniers résultats de l'hystérectomie vaginale. *Annales de gynécologie*. Paris, 1893, t. II, p. 422.

(3) SEGOND in BAUDRON. *De l'hystérectomie vaginale*. Paris, 1894.

(4) TERRIER et HARTMANN. *Annales de gynécologie*, 1893, t. I, p. 417.

tration vaginale, qui l'est au contraire un certain nombre de fois, lorsqu'on opère par l'abdomen.

La même tendance conservatrice qui fait que nous préférons la voie abdominale, pour consorver si possible un côté, fait que nous recourons beaucoup plus volontiers qu'autrefois à la simple incision vaginale.

Il y a quelques années encore, imbu des idées de Tait, nous ne nous hasardions que timidement et tout à fait exceptionnellement à faire une incision vaginale. La crainte de voir réapparaître les accidents nous faisait recourir d'une manière presqu'absolue à l'ablation bilatérale des annexes.

L'observation suivie des malades, en nous montrant la persistance de la guérison dans un grand nombre de cas, a peu à peu modifié nos idées; nous avons de moins en moins eu recours au moyen radical de l'exérèse totale (1).

21 femmes sont restées complètement guéries après la simple incision du foyer inflammatoire. Si à ces 21 femmes nous ajoutons 26 autres opérées chez lesquelles, après incision abdominale, nous avons conservé un côté, nous voyons que sur 127 malades, 47, soit plus de 1 sur 3, ont conservé les attributs de leur sexe. L'une d'elles a déjà mené une grossesse à terme et est heureusement accouchée dans le service de notre maître le professeur Pinard, le 26 juin dernier. Aucune de ces femmes n'a eu à souffrir de ces troubles constants après les castrations bilatérales ou les hystérectomies, bouffées de chaleur, phénomènes congestifs divers, etc., ce qui n'est pas encore sans mériter attention.

Aussi continuons-nous à regarder la voie abdominale comme celle qui convient au plus grand nombre de cas.

La simple *incision vaginale* nous semble applicable aux collections saillantes dans le cul-de-sac postérieur et aux

---

(1) Il en est du traitement des inflammations annexielles comme de celui des tuberculoses articulaires. Dans celles-ci, l'opération qui débarrasse le plus rapidement et le plus complètement les malades c'est l'amputation; n'empêche que la résection et les méthodes conservatrices ont, dans bon nombre de cas, constitué un progrès réel.

foyers suppurés manifestement unilatéraux et pas trop haut situés.

L'hystérectomie vaginale est formellement indiquée dans les cas rares de suppuration pelvienne avec foyers multiples et gangue immobilisant complètement l'utérus. L'opération n'est pas idéale, mais est moins grave qu'une autre. C'est en somme une ouverture large de foyers sans ablation des poches, qu'on cherche simplement à crever, si elles ne l'ont pas été au cours même de l'hystérectomie qui est alors faite par morcellement.

L'hystérectomie vaginale nous semble admissible dans les lésions bilatérales évidentes de moyen volume. En pareil cas, le procédé de choix est celui par hémisection médiane antérieure de l'utérus, suivie de bascule en avant.

Pour toutes les grosses tumeurs, pour les lésions haut situées, comme pour tous les cas où il n'y a pas certitude absolue de lésion bilatérale incurable, nous lui préférons la *voie abdominale*, quitte à faire suivre, le cas échéant, la castration bilatérale de l'ablation de l'utérus par l'abdomen. lorsque cet organe est gros, suppurant ou friable.

Nous n'avons jamais eu recours à la colpotomie antérieure des Allemands, qui n'a rien pour nous tenter. Quant à l'ignipuncture des ovaires scléro-kystiques, elle ne nous a pas donné ce que nous en attendions. Le plus souvent, du reste, il s'agit, en pareil cas, de nerveuses qui ont des douleurs multiples et nous paraissent justiciables d'un traitement général plus que d'une intervention opératoire.

DU TRAITEMENT DES COLLECTIONS PELVIENNES PAR UN LARGE DÉBRIDEMENT VAGINAL (1)

Par le professeur **Laroyenne**, de Lyon.

Les collections pelviennes uni ou bilatérales sont fré-

(1) Communication faite au Congrès de Genève.

quemment composées de loges multiples juxtaposées ou incluses les unes dans les autres. Nous ne considérons pas la juxtaposition des poches comme une contre-indication à l'incision vaginale, non plus, bien entendu, que leur superposition dont nous avons exposé le mécanisme. L'ouverture de la poche la plus accessible permet de reconnaître la disposition des parties intéressées et le contenu des différentes cavités. La nature du liquide ne correspond pas, en effet, à des symptômes spéciaux : aussi le contenu purulent, séreux, hématique des collections ne peut le plus souvent être diagnostiqué avant l'incision. Cependant il se rencontre fréquemment, du moins dans une des poches, du pus en quantité variable et la pression détermine alors à son niveau une douleur ordinairement plus vive que si le contenu est uniquement séreux ou hématique. A quelques exceptions près, le traitement est, suivant nous, toujours le même. Il consiste à débrider largement par le cul-de sac postérieur la collection ou l'*induration* douloureuse que le toucher fait apprécier.

Souvent il n'existe qu'une salpingite, du volume d'un œuf environ, assez adhérente, collection qu'en raison de son petit volume et de sa mobilité relative, l'on n'aurait pas autrefois songé à ouvrir. On doit cependant l'aborder sans crainte d'accident et sans même recourir à la réunion des lèvres de la brèche vaginale à celles de la poche, comme l'ont préconisé Fritsch et Landau, dans le but de l'isoler de la grande cavité péritonéale.

S'il s'agit d'une double tumeur juxtaposée, d'origine tubaire, molle ou ligneuse, la première une fois incisée, on pénètre dans la seconde par la première et l'opération ne comporte aucune complication immédiate ou consécutive.

Enfin il est une disposition qui peut concilier l'opinion qui attribue la production des collections périmétriques à la salpingite, rarement à l'ovarite, avec celle qui les considère comme des péritonites pelviennes enkystées. En effet, l'altération d'une ou des deux trompes, détermine par leur présence et la filtration de leur contenu sanieux une péritonite

du bassin avec un épanchement dont la nature séreuse ou séro-purulente révèle toujours l'origine séreuse péritonéale, bien différente de celle d'une cavité muqueuse tubaire, plus ou moins altérée. Cet épanchement de l'étage inférieur diffère donc de celui qui est situé au-dessus. Ce dernier n'est perceptible avec certitude que par l'exploration digitale de la première cavité combinée avec le palper hypogastrique. C'est aussi cette route, frayée à travers la première poche incisée, qui sera suivie pour ponctionner et débrider cette collection purulente salpingienne, superposée à la première et qui en est la conséquence. Un ou deux doigts suffisent quelquefois à pratiquer l'ouverture de la cavité tubaire. Si, au milieu de la poche péritonéale l'on rencontre des annexes procidentes et d'un décollement facile, on peut les attirer dans le vagin, les sectionner au-dessous d'une pince courbe à demeure, qui a saisi le pédicule constitué à l'aide du décollement.

En face d'une hématocèle, d'un épanchement produit brusquement à la suite d'une suppression des règles, s'accompagnant de symptômes de péritonite et d'hémorrhagie interne, après avoir temporisé et constaté que l'hémorrhagie interne ne se continue pas, il est indiqué de débrider le cul-de-sac postérieur. La cavité est vidée de ses caillots et quelquefois d'un embryon avec ou sans débris de membranes. La trompe est-elle procidente et facilement amenée ? on la résèque, sinon on l'abandonne et tout se répare.

La soudaineté d'accidents péritonéaux graves coexistant avec l'apparition d'une collection pelvienne n'est pourtant pas l'indice certain d'une hématocèle, car une collection séro-purulente subite et abondante succédant à la rupture d'une poche tubaire, détermine les mêmes accidents, moins ceux de l'anémie par hémorrhagie interne. Mais ces derniers sont loin d'être toujours évidents, défigurés qu'ils sont par ceux de la péritonite subite et étendue.

De plus, le diagnostic entre l'évolution d'une trompe purulente dans le péritoine et l'hématocèle, qui bien souvent est

aussi une rupture tubaire,n'est pas toujours éclairé par l'examen des antécédents.

En effet, dans ces deux circonstances les accidents plus ou moins subits ont été précédés d'une salpingite plus ou moins ancienne. C'est elle qui a déterminé la collection péritonéale comme elle a déterminé l'hématocèle en favorisant la grossesse ectopique.

Avec mon trocart cannelé, servant de conducteur à un bistouri ou à un métrotome, le débridement s'opère, comme la ponction, avec la plus entière sécurité, sans l'aide d'aucun autre instrument et sans le secours de la vue qui n'est le plus souvent qu'un trompe-l'œil, mais simplement à l'aide du palper bimanuel pratiqué en permanence et pendant toute la durée de l'opération.

Si le débridement des collections proéminant en bas et en arrière, procidant en quelque sorte la cavité vaginale, est aisé et peut se faire avec tout instrument, il n'en est pas de même pour les collections haut placées. La vessie est alors d'un voisinage particulièrement dangereux. Étalée audevant de la collection, elle en recouvre la partie en apparence la seule accessible et le cathétérisme vésical apprend qu'elle est parfois en position anormale et déviée latéralement. C'est alors que notre trocart,avec sa courbure d'hystéromètre et aidé de la pression hypogastrique, ira facilement ponctionner la collection dans un point d'élection, c'est-à-dire à sa partie postéro-inférieure et près de la ligne médiane.

L'utilité de cet instrument est donc incontestable pour les maladies que je viens de rappeler. Elle l'est aussi pour atteindre des poches également élevées, enkystées dans une collection de péritonite circonscrite et qu'il faut d'abord traverser. De même encore pour les pyosalpinx de petites dimensions dont il est indispensable de ne point s'écarter et qui méritent d'être ponctionnés avec précision. Je maintiens donc que ce procédé opératoire est le plus innocent et le plus sûr.

L'éponge fine, à cheval dans la bouche vaginale, prévient toute éventualité d'hémorrhagie, et, s'il existe deux poches, on fait précéder son application de celle d'une première éponge dans l'ouverture de la collection la plus élevée. Il est bon que l'éponge fine soit enveloppée d'une coiffe de gaze iodoformée qui permettra de la retirer entière après quarante-huit heures ou plus tard si la malade est apyrétique. Dans les collections très vastes, il se peut que l'incision vaginale se resserre trop rapidement malgré les mèches de gaze maintenues dans son ouverture et qui ont succédé à l'éponge. Trois semaines ou un mois après on la dilate ou on l'incise peu profondément, car le retrait des parties a pu déplacer les uretères et les rapprocher de la ligne médiane.

Ainsi pratiquées, les interventions conservatrices par la voie vaginale ouvrent assez largement tous les foyers et les maintiennent assez longtemps ouverts pour être efficaces. Elles ne font pas courir aux malades les risques d'une laparotomie et ne les exposent pas, comme une hystérectomie, à des blessures de la vessie et des uretères.

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES (1)

Par le Dr **Paul Reynier**,
Professeur agrégé, chirurgien de Lariboisière.

La question de l'intervention dans les cas de suppurations pelviennes, pour quelques-uns, semble très simple.

Pour eux, toute suppuration doit être abordée par la voie vaginale.

Quelques chirurgiens ne voient même qu'une opération, l'hystérectomie vaginale; d'autres, moins radicaux, plus conservateurs, préconisent l'incision du cul-de-sac postérieur. Quelques autres, enfin, se rappelant les succès qu'ils ont obtenus par la laparotomie, ne croient pas que cette

(1) Communication faite au Congrès de Genève.

dernière opération doive être définitivement abandonnée, et continuent à aborder par la voie abdominale les suppurations pelviennes.

J'avoue de suite que, dans un très grand nombre de cas, je reste partisan de cette manière de faire, je dis : *dans un très grand nombre de cas* et non pas dans tous. On ne saurait, en effet, dans les cas de suppurations pelviennes, être absolu, et ne pas être un peu éclectique. Proposer une seule opération ne se comprendrait que si l'on se trouvait toujours en présence d'accidents identiques. Or, il est loin d'en être ainsi quand il s'agit de suppurations péri-utérines, bien que localisées dans les mêmes régions : le petit bassin; ces suppurations diffèrent entre elles par leurs microbes, leur origine, leur marche, leur siège dans des organes différents. Pouvons-nous comparer des suppurations, suites de septicémie puerpérale, avec des pyosalpinx tuberculeux ou blennorrhagiques? Les pyosalpinx sont-ils comparables comme gravité avec les pyosalpingo-ovarites, les phlegmons du ligament large, les poches recouvrant des trompes purulentes, les pelvi-péritonites, les hématocèles suppurées; n'y a-t-il pas là des suppurations ayant chacune leur physionomie spéciale?

Ne faut-il pas encore distinguer les inflammations suivant leur ancienneté, leurs complications; ne savons-nous pas que la virulence de certaines suppurations peut s'atténuer avec le temps, tandis qu'au début elle est très exaltée?

Enfin, en présence d'un abcès péri-utérin, ouvert dans le rectum, raisonnons-nous de même qu'en présence d'une collection bien limitée et présentant peu d'adhérences ?

Ne doit-on pas tenir compte encore de l'unilatéralité de la lésion et de l'âge de la femme à laquelle on doit faire subir une si grave mutilation. Comment, devant la diversité de ces lésions, pouvons-nous donc penser qu'il n'existe qu'un seul mode d'intervention ?

Évidemment, ce qui importe ici, ce n'est pas de venir vanter telle ou telle opération, mais plutôt d'établir les

indications et les contre-indications de ces opérations.

Ces indications, je les tirerai de ma pratique personnelle que je viens vous exposer d'après mes observations hospitalières, toutes prises et contrôlées par mes élèves que je prends comme garants de ce que j'avance. Cette statistique comprend les années 1892, 1893, 1894, 1895 et 1896. Toutefois, ayant été malade pendant une partie de l'année 1894, je n'ai les observations que des deux premiers mois de l'année.

C'est donc une statistique de quatre ans et demi.

Je donne tout d'abord le résumé de cette statistique dont je tirerai ensuite l'enseignement. Éliminant les cas de péritonites puerpérales pour lesquelles je suis toujours intervenu sans succès, je relève pendant cinq années : 212 interventions pour suppurations pelviennes. Ces 212 interventions se décomposent ainsi :

4 fois j'ai fait l'ouverture de la poche purulente par la voie inguinale et la voie sous-péritonéale.

Dans ces quatre cas, il s'agissait de phlegmons du ligament large consécutifs à l'accouchement. J'ai eu quatre guérisons.

110 fois je suis intervenu par la voie abdominale, j'ai eu 8 morts, 7 de péritonite, une par choc, et une autre par hémorrhagie.

52 fois j'ai fait l'hystérectomie vaginale et j'ai eu 6 morts, 1 d'hémorrhagie, 1 de choc, 2 par occlusion intestinale, 2 de péritonite.

46 fois j'ai fait l'ouverture et le drainage de la collection purulente par le cul-de-sac postérieur.

Je n'ai eu aucune mort, mais j'ai été obligé de faire 9 fois l'hystérectomie consécutive et 4 fois la laparotomie.

Pendant les premières années, je n'intervenais que par la voie abdominale. J'ai ouvert par cette voie presque toutes les variétés de suppurations. Je n'ai jamais fait une intervention incomplète et cependant je me suis trouvé en présence de cas particulièrement graves.

Dans 6 observations, je vois noté que je suis tombé sur

des collections contenant un demi à un litre de pus, véritable abcès péri-utérins. Dans l'observation la plus remarquable, j'ai trouvé chez une malade que j'opérais avec le Dr Ozenne, à côté d'un utérus gravide de 6 mois, un abcès contenant un demi-litre de pus, que je drainai par un drain passant par l'incision abdominale et le cul-de-sac vaginal. Né voulant pas laisser cette femme accoucher dans un milieu aussi infecté, je complétai ma laparotomie par un Porro, enlevant le corps de l'utérus gravide; la malade guérit. Par contre, j'ai perdu ainsi deux malades.

5 fois je me trouvai en face d'ovarites suppurées ouvertes dans l'intestin, 4 malades guériront grâce au drainage et au tamponnement vaginal, fait par l'ouverture vaginale laissée béante par l'ablation de l'utérus enlevé par la voie vaginale. J'ai d'ailleurs parlé de 3 de ces cas au Congrès de Rome, les 2 autres sont récents.

La première opérée seule mourut chez laquelle je n'avais pas fait cette hystérectomie complémentaire.

35 fois j'ai eu des salpingo-ovarites très adhérentes, se compliquant dans 10 cas de pelvi-péritonite; 2 fois seulement je perdis mes malades pour avoir seulement drainé à la méthode de Mikulicz.

J'en ai d'autre part guéri 2 en complétant, comme dans les cas précédents, la laparotomie par l'hystérectomie vaginale permettant le drainage par cette voie. Dans les autres cas, les guérisons sont survenues avec le simple drainage par le cul-de-sac.

Je n'ai d'ailleurs drainé que dans les cas où du pus s'était écoulé en grande quantité dans le ventre pendant les manœuvres d'extirpation.

Par contre, dans la grande majorité des cas, je n'ai eu à faire qu'à des pyosalpinx qui ont guéri; 6 fois seulement, parmi ces cas, j'ai fait le Mikulicz.

Je suis arrivé par ces pratiques à me convaincre que presque toutes les suppurations pelviennes peuvent être abordées par la laparotomie et que nous avons des procédés

de drainage pour lutter contre la contamination du péritoine qui nous la rendent bien moins à craindre que ne veulent le dire les hystérectomistes à outrance.

Toutefois, j'ai reconnu que, dans certaines formes de paramétrites dans lesquelles l'utérus est immobilisé, perdu, la laparotomie est plus périlleuse surtout à cause du choc opératoire; les opérations nécessitant souvent une longue anesthésie. J'ai eu des malades chez lesquelles la chloroformisation a duré plus de trois heures.

J'en ai guéri, toutefois j'en ai perdu de choc.

Je me suis vu avoir chez quelques-unes beaucoup de peine à les remonter par la caféine, l'oxygène, et à l'heure actuelle par les injections de sérum artificiel ou encore d'huile camphrée.

Si j'analyse maintenant mes hystérectomies, je reconnais que si je suis intervenu par cette voie, c'est que j'avais affaire à des lésions graves, dans lesquelles, d'après mon expérience, la laparotomie me paraissait devoir être dangereuse.

Dans une dizaine de cas, par exemple, je me suis trouvé en présence de salpingo-ovarites ouvertes dans le rectum; une autre fois, d'une hématocèle suppurée, et enfin, dans la majorité des cas, de collections purulentes multiples environnant l'utérus.

La gravité de ces cas peut expliquer pourquoi ma statistique d'hystérectomie peut paraître moins bonne, et pourquoi néanmoins, je crois pouvoir dire que l'hystérectomie me paraît moins dangereuse dans les cas de grosses lésions, si toutefois on la conduit prudemment, en prenant le temps nécessaire pour abaisser son utérus.

Je n'ai jamais fait, comme quelques-uns s'en vantent, d'hystérectomie en cinq minutes, mais par contre, je n'ai jamais eu à déplorer de perforation vésicale, ni de blessure de l'uretère.

C'est dû à l'actif de l'hystérectomie, je relève maintenant son passif : si la laparotomie m'a toujours permis de faire

une opération complète, il n'en est pas de même de l'hystérectomie.

Dans plus de la moitié des cas, j'ai laissé une ou deux annexes. Dans 5 cas, il m'a fallu laisser une portion de l'utérus qu'il m'était impossible d'abaisser.

Mes malades ont guéri, mais elles ont continué à souffrir, car il est, à l'heure actuelle, démontré, et toutes les observations des malades me l'ont surabondamment prouvé, que les annexes ne s'atrophient pas une fois l'utérus enlevé. Les faits sont là, qui nous montrent que la mort anatomique et physiologique des annexes qu'on a dû laisser, n'est pas complète et plus certaine, ainsi que l'écrivait M. Segond, que celle de l'utérus lorsqu'il reste en place après l'ablation des annexes : c'est le contraire que je dirais.

Les malades, malgré cette sérieuse mutilation, continuent à souffrir d'une ou des annexes qu'on n'a pu enlever, et sont exposées à d'autres accidents nécessitant d'autres opérations.

Il faut bien savoir qu'en faisant une hystérectomie on s'expose souvent à faire une opération incomplète.

Or, opération incomplète pour opération incomplète, je suis arrivé à pratiquer plus souvent, chaque fois que cela m'a été possible, l'ouverture des collections purulentes par le cul-de-sac postérieur qui me fournit comme l'hystérectomie une voie déclive pour l'écoulement du pus.

Si j'analyse ces observations, je ne vois pas de mort à la suite de cette ouverture, mais bien souvent les malades, une fois la collection purulente évacuée et l'incision guérie, ont continué à souffrir.

Dans 8 cas, j'ai été obligé de faire une hystérectomie consécutive, dans 3 cas une laparotomie.

Néanmoins, si l'incision du cul-de-sac est quelquefois inefficace, si elle laisse très souvent derrière elle des annexes trop atteintes pour guérir et des adhérences qui font souffrir ; par contre, il faut reconnaître que c'est une opération peu dangereuse, qui conserve à la femme les ovaires, lui laisse

la possibilité d'avoir ses règles et même de procréer. J'ai vu chez trois malades se produire une grossesse, une ou deux années après mon intervention.

C'est tenant compte de toutes ces considérations que, dans ces dernières années, ma conduite, vis-à-vis des suppurations pelviennes, s'est peu à peu modifiée.

En présence d'une femme jeune ayant des symptômes d'infection récente, et des signes de suppurations pelviennes venant proéminer du côté du vagin, abordables par cette voie, je commence par l'ouverture du cul-de-sac postérieur et fais par cette ouverture un large drainage.

Si, malgré cette incision, le pus s'écoule mal, comme je l'ai vu dans un certain nombre de cas, si les phénomènes d'infection persistent, je complète plus ou moins tardivement mon opération par une hystérectomie.

Si la cicatrisation de la plaie vaginale s'est faite, c'est-à-dire, si la suppuration s'est tarie, si la malade souffre encore, je fais une opération complémentaire. Cette opération sera une hystérectomie, si l'utérus est malade, mais de préférence je me déciderai à une laparotomie qui me permettra mieux de me rendre compte de la persistance des douleurs et d'être sûr d'enlever les lésions qui en sont causes.

Je citerai à l'appui de cette manière de faire l'observation suivante :

Une jeune femme entra dernièrement dans mon service ; 5 moins auparavant elle avait eu une collection purulente ouverte par le cul-de-sac postérieur. Elle souffrait encore au toucher, je sentais derrière l'utérus une grosse masse dure difficile à limiter. Je fis la laparotomie. Je trouvai d'un côté l'ovaire disparu, celui qui avait suppuré : de l'autre côté la masse que j'avais sentie au toucher était formée par les annexes, constituée par une trompe contenant du pus et enroulée autour d'un ovaire scléro-kystique qui avait échappé à la suppuration.

Ces faits démontrent l'insuffisance en certains cas de l'in-

cision du cul-de-sac et néanmoins, je le répète, en présence d'une femme encore jeune, je me reprocherais de ne pas tenter tout au moins de la guérir par ce moyen moins radical.

C'est pour cette raison que le nombre de mes laparotomies et de mes hystérectomies primitives a notablement diminué.

Comme opération primitive, je fais cette dernière de préférence dans les abcès utérins, ouverts dans une cavité voisine, surtout dans le rectum. Je la fais encore dans les salpingo-ovarites anciennes, compliquées de poussées de pelvi-péritonite qui donnent naissance à une masse diffuse qui englobe l'utérus, et dans laquelle, ainsi que le faisait remarquer M. Bouilly, il est impossible de rien sentir ni au palper ni au toucher. Enfin, dans les utérus fibromateux compliqués de suppurations pelviennes.

En dehors de ces cas, je reste toujours plutôt disposé à intervenir par la laparotomie, particulièrement pour les pyosalpinx, les salpingo-ovarites suppurées, laissant une certaine mobilité à l'utérus, et enfin, chaque fois que, grâce à un diagnostic douteux, je ne puis être sûr de la bilatéralité de la lésion.

C'est vraiment alors que la laparotomie me paraît être l'opération de choix, car seule elle donne la certitude de faire une opération complète, de limiter notre intervention et d'arriver autant qu'il se peut à un résultat définitif.

SUR LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES (1)

Par **L.-Gustave Richelot.**

Lorsque j'ai vu, sur le programme officiel de notre Congrès, reparaître les suppurations pelviennes, dont nous avions tant parlé à Bruxelles, je me suis demandé si nos discours n'avaient pas épuisé le sujet pour longtemps, si nous n'allions

(1) Communication faite au Congrès de Genève.

pas tomber dans d'inutiles redites, si une courte période de trois années avait pu suffire pour dissiper les malentendus, corriger certaines habitudes d'esprit ou réduire quelques amours-propres d'auteurs. La question, en d'autres termes, était-elle plus mûre aujourd'hui qu'hier, et n'allions-nous pas retrouver exactement les mêmes hommes défendant les mêmes opinions, sans arguments nouveaux ?

Le titre, je le veux bien, était plus large et plus compréhensif qu'autrefois, car il visait le traitement des suppurations pelviennes en général. Mais n'avions-nous pas déjà, en 1892, porté la discussion sur ce terrain ? Allions-nous la recommencer, pour le plaisir d'allonger de quelques chiffres nos statistiques antérieures ?

Il m'a semblé, cependant, que nous pourrions éviter le reproche de revenir inutilement sur des opinions déjà connues, à certaines conditions. La première, c'était de nous montrer sages et d'oublier l'ardeur des anciennes polémiques, puisqu'il ne s'agissait plus d'introduire des idées nouvelles et de les imposer à l'attention ; c'était de chercher impartialement à définir le rôle de chacune des méthodes qui ont aujourd'hui leurs indications propres, afin de les associer au lieu de les opposer entre elles. La seconde, plus délicate, c'était d'inviter les gynécologues à porter de nouveau leur attention sur les points essentiels du manuel opératoire, afin de ne pas juger certaines interventions sans les bien connaitre, et afin de les réussir quand ils les entreprennent.

C'est à la suite de ces réflexions que je me trouve amené à mettre en lumière, dans l'étude qui nous est proposée :

1° Les *indications*, en m'attachant à bien marquer la place que doit occuper chaque méthode ;

2° Le *manuel opératoire*, non pour décrire une fois de plus ce que tous les chirurgiens ont décrit depuis quelques années, mais pour dégager des descriptions banales et schématiques un petit nombre de principes directeurs qui ne s'inventent pas en un jour et auxquels ne supplée pas la dextérité. Ceux qui n'aiment pas une opération, qu'elle soit

simple ou difficile, sont généralement ceux qui ne la font pas bien.

Pour me concilier votre attention, je ferai de cet exposé non pas un travail d'érudition, non pas une « revue générale », mais une analyse exclusive de ma conduite, un examen très personnel des faits que j'ai vus et classés. A mon avis, c'est le meilleur moyen d'établir entre nos idées et nos pratiques d'utiles comparaisons.

CLASSIFICATION DES SUPPURATIONS PELVIENNES

Il faut savoir où peuvent siéger les suppurations du petit bassin, bien que le traitement qui convient à chacune d'elles ne soit pas en relation nécessaire avec le lieu qu'elle occupe.

Cellulite pelvienne. — Les infections parties du col ou de la muqueuse utérine se propagent très naturellement, par les voies lymphatiques, au tissu cellulaire qui environne l'utérus, et y forment des foyers de cellulite. C'est le fait le plus simple, mais non le plus fréquent. C'est l'ancien « phlegmon péri-utérin », qui résumait, aux yeux de quelques vieux auteurs, toutes les suppurations pelviennes.

La cellulite se voit surtout dans l'état puerpéral et très près de l'accouchement. Elle peut survenir à la suite des interventions maladroites sur le col.

Le pus avoisine le segment inférieur, le plus souvent ne pénètre pas entre les deux feuillets du ligament large, monte derrière le pubis en décollant le péritoine et vient saillir au-dessus de l'arcade de Fallope. Il peut être aussi contenu dans l'épaisseur du ligament, le pénétrer par sa base, le dédoubler. Que de flots d'encre n'a-t-on pas versés, que de vaines disputes n'a-t-on pas soulevées autour de ces faits! Et comme tout est simple aujourd'hui!

J'ai vu, en opérant, les diverses variétés de cellulite pelvienne : Le 27 mai 1889, chez une femme de 47 ans, munie d'un gros utérus, et dont la seule maladie certaine était d'avoir subi des cautérisations répétées du col, j'ouvre un abcès saillant à gauche au-dessus

de l'arcade et je retire 800 grammes de pus; en trois semaines l'abcès guérit. Cinq mois plus tard, elle revient avec des pertes sanguines et un utérus augmenté de volume par des fibromes rapidement développés. A cette époque, le morcellement n'était pas dans nos habitudes; je lui fais la castration ovarienne le 15 octobre, et je constate que les annexes gauches sont saines, mobiles, et le ligament large d'une souplesse et d'une intégrité parfaites; preuve que la suppuration n'a occupé ni la trompe ni l'ovaire, et que la cellulite, née au voisinage du col, a glissé derrière le pubis sans envahir le ligament.

Le 22 novembre 1894, chez une femme de 25 ans, accouchée depuis deux mois, j'incise à droite, au-dessus de l'arcade, un mince foyer, je le défonce involontairement, et j'entre dans le péritoine sain. Une éponge étant disposée convenablement, j'explore la cavité abdominale, je trouve la trompe et l'ovaire sains et mobiles; immédiatement au-dessous d'eux, je touche la face postérieure du ligament large qui est épais, infiltré, rigide, et fixe l'utérus à l'enceinte pelvienne. Le foyer purulent que j'ai ouvert est en continuité avec cette infiltration, véritable « phlegmon du ligament large » qui l'occupe tout entier sans toucher aux annexes. Une mèche de gaze ferme le péritoine, la malade vide peu à peu son abcès pelvien et guérit.

Le 22 octobre 1892, chez une femme de 25 ans, accouchée depuis deux mois et ayant à droite une masse résistante, j'incise l'abdomen sur la ligne médiane, puis, rectifiant mon diagnostic, je décolle la séreuse vers le côté droit et j'ouvre un foyer sous-péritonéal qui plonge derrière le pubis. L'évacuation terminée, mon doigt pénètre dans la boutonnière que j'ai faite au péritoine, et constate que les annexes droites forment une masse adhérente à l'utérus et à la paroi [illegible] du foyer de cellulite. Elles étaient malades, mais sans pus, car la femme a guéri sans autre intervention.

Ce [illegible] même, le 4 février 1896, je commence l'hystérectomie vaginale chez une malade de [illegible] ans, accouchée et infectée [illegible] à cause de l'élévation [illegible] et de la friabilité extrême [illegible]. Le 13 février laparotomie; je trouve deux annexes [illegible], adhérentes, purement parenchy-

mateuses; mais à droite, en décollant la trompe, je fais sourdre le pus d'un petit foyer inclus dans l'épaisseur même du ligament, qui est infiltré, rigide, et rend l'utérus immobile. La malade guérit avec une mèche de gaze et un petit drain.

Voilà quatre exemples très nets de cellulite pelvienne : dans les deux premiers, la trompe et l'ovaire sont hors de cause; dans le second et le quatrième, le ligament large est envahi; dans les deux derniers, il y a participation des annexes, mais rien n'autorise à faire de la salpingite la cause de la lésion voisine, puisqu'il y a d'autres cas où la cellulite est parfaitement isolée.

Pyosalpinx et ovarite purulente. — La suppuration pelvienne est le plus souvent un pyosalpinx; voilà ce que nos opérations modernes ont bien mis en lumière, et voilà pourquoi beaucoup d'auteurs ont tout rapporté à la salpingite, et l'ont considérée comme le fait primordial, le foyer d'irradiation nécessaire.

La trompe suppurée a la forme d'un gros tube serpentin à parois épaisses et d'énucléation facile, ou d'une poche fibreuse arrondie, résistante, ou friable et dangereuse à manier. Souvent le pavillon forme au pus une loge mince et précaire, complétée par des adhérences molles et qui s'ouvre à la moindre pression. L'ovaire est d'ordinaire scléro-kystique et accolé à la trompe; quand il suppure, il contient de petites vacuoles, ou bien il est transformé en une coque, souvent mince et trop facilement rompue. Toutes ces variétés sont connues, ont défrayé nos discussions depuis dix ans et remplacé les anciennes polémiques sur la pelvi-péritonite. Le pus est dans la trompe, il s'agit de « lésions des annexes », tout s'efface devant cette notion nouvelle.

Abcès péritonéaux. — Il arrive cependant qu'on trouve du pus dans le péritoine, comme on en trouve dans le tissu cellulaire. Autour de la trompe et de l'ovaire enflammés, le péritoine est infecté à son tour, il se forme des adhérences entre les annexes, l'épiploon, l'intestin, et des foyers

purulents circonscrits dans le cul-de-sac de Douglas ou au milieu des anses intestinales. Ces abcès péritonéaux sont assez rares et appartiennent à des cas difficiles.

Le 2 juin 1888, j'opère à l'hôpital Tenon une jeune fille de 24 ans, qui a dans la fosse iliaque gauche et sur la ligne médiane un empâtement considérable, avec une température de 40°; cause du mal, grattages maladroits de l'utérus, ponctions inconsidérées des culs-de-sac vaginaux et vésicatoires intempestifs. La laparotomie médiane me conduit sur l'épiploon qui adhère au fond de l'utérus, et qui, décollé, me laisse pénétrer dans un petit foyer purulent situé au-dessus et en arrière de cet organe, et limité par des adhérences de l'intestin grêle. Désinfection du petit foyer avec une éponge phéniquée, arrangement de l'épiploon pour protéger le péritoine, drainage avec un long tube. Les annexes gauches sont enfouies dans un magma d'adhérences qui les cache absolument et que je ne veux pas dissocier. La malade guérit promptement; revue le 6 août, l'empâtement a disparu, la masse annexielle est fondue et la cavité pelvienne revenue à sa souplesse normale. J'ai suivi longtemps cette jeune fille, qui est restée guérie; l'évacuation de l'abcès péritonéal avait donc suffi, sans voir ni toucher les annexes.

Le 29 octobre 1889, chez une fille de 28 ans, plastron énorme occupant tout l'hypogastre, et température de 40°. L'incision médiane me mène sur un épiploon adhérent à la paroi et aux anses intestinales. En dissociant, j'ouvre successivement, à droite et à gauche, deux foyers purulents au milieu des adhérences; je n'insiste pas pour chercher les annexes, profondément enclavées, et je place deux tubes à drainage, qui sont bientôt remplacés par un seul drain. Le plastron s'assouplit peu à peu, la suppuration tarit et la malade quitte l'hôpital au bout d'un mois.

Le 30 [illegible] 1890, femme de 27 ans, amaigrie, avec une tuméfaction diffuse à gauche de l'utérus. Laparotomie médiane : je trouve à droite les annexes utérines libres et saines; à gauche [illegible] l'intestin et l'épiploon qui adhèrent à la paroi, et d'où [illegible] masse de droite. Le pus [illegible] sont associées avec

prudence, tout le foyer désinfecté avec la solution phéniquée forte, mais les annexes, plus profondes, ne sont pas cherchées. Les anses que le pus a touchées, d'abord protégées par des éponges, sont lavées à l'eau bouillie, un gros tube à drainage occupe le foyer ; après quoi la suppuration tarit, l'appétit et les forces reviennent et la malade nous quitte le 10 avril.

Le 7 octobre 1891, une femme de 39 ans, accouchée depuis trois mois, ayant eu après son accouchement des douleurs et de la fièvre, présente une tumeur dure, à gauche, au-dessus du détroit supérieur. Une incision sur le bord externe du muscle droit traverse une zone de tissus lardacés où le péritoine pariétal se reconnaît à peine, et pénètre directement dans une poche d'où jaillit un verre de pus. Le doigt explore facilement toute la cavité, sorte de lacune limitée par une fausse membrane mince, facile à déchirer, qui relie et fait adhérer entre elles les anses intestinales. Il semble que ce foyer purulent n'a aucun rapport avec les annexes que je ne vois pas. Après un lavage au sublimé et quelques jours de tamponnement, la malade guérit sans fièvre et quitte l'hôpital le 1er novembre, entièrement cicatrisée.

Le 19 juillet 1893, femme de 32 ans, grosse tumeur fluctuante à droite, avec des températures élevées et des douleurs violentes. Une laparotomie a déjà été faite par un de mes collègues en septembre 1892, à la suite d'un accouchement. Après incision médiane et dissociation de l'épiploon qui adhère à la paroi et protège l'ensemble du péritoine, mon doigt, pénétrant d'emblée dans un grand foyer séro-purulent, à parois irrégulières formées par l'épiploon et les anses intestinales, constate qu'il se prolonge vers la fosse iliaque droite et trouve partout ses limites sans rencontrer les annexes. Lavage au sublimé, drainage, guérison.

A côté des faits qui précèdent, je placerai tous mes cas d'hystérectomies vaginales dans lesquels j'ai vu ou soupçonné la présence du pus en plein péritoine : Telle une malade dont l'observation est relatée dans mon livre (p. 69) (1), et qui avait un pyosalpinx à droite, avec un abcès

(1) L.-G. RICHELOT. *L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses.* Paris, O. Doin, 1894.

péritonéal en arrière et au-dessus de l'utérus ; une autre (p. 72) à qui j'avais ouvert par la voie sus-pubienne une collection intra-péritonéale, et à qui je fis plus tard une castration utérine suivie de drainage abdomino-vaginal. Comme l'hystérectomie, en pareil cas, mène assez souvent à vider les foyers purulents sans les extirper, le siège de la suppuration n'est pas toujours facile à reconnaître. Aussi disais-je dans le même ouvrage (p. 351) : « On a le plus souvent deux grands sacs tubaires à vider, rien de plus, car il s'agit de pyosalpinx, et tout le pus est contenu dans les trompes. Quelquefois, cependant, on ouvre des lacunes intra-péritonéales limitées par des adhérences, et dans plus d'un cas j'ai eu la conviction d'avoir pénétré dans un foyer dont la paroi n'était pas fibreuse ou charnue comme celle de la trompe. »

Les abcès péritonéaux, qu'ils occupent le Douglas ou une région plus élevée, sont, en somme, au voisinage des annexes et coïncident souvent avec la suppuration des trompes et des ovaires. Aussi a-t-on pu les placer sous la dépendance étroite de ces organes, repousser l'ancien nom de « pelvi-péritonite » qui est si vrai et que je continue à dire sans scrupules, soutenir enfin que la salpingite est l'intermédiaire obligé entre le foyer d'infection primitif et la phlegmasie péritonéale. Les cinq observations que je viens d'esquisser nous montrent, au contraire, une certaine indépendance entre la suppuration du péritoine et les annexes, qui sont peut-être malades mais à un faible degré, puisque la femme est guérie quand l'abcès péritonéal est cicatrisé.

Ceux qui ont découvert le rôle important joué par la trompe dans les inflammations du petit bassin, ont eu l'idée simple d'une endométrite se frayant un chemin par l' « ostium uterinum » et créant la salpingite, qui à son tour enflamme les tissus voisins, au-dessous d'elle le tissu cellulaire, autour d'elle le péritoine. Combien est plus large et plus vraie la conception d'une *lymphangite pelvienne* d'où dépendent ces diverses localisations ! Que l''infection utérine chemine par la muqueuse, je ne le conteste pas ; mais ne s'agit-il pas

alors du réseau lymphatique profond et n'est-ce pas là un cas particulier de lymphangite pelvienne ? Il y a partout des vaisseaux d'absorption, il en part des déchirures du col, des blessures de la muqueuse utérine ; ils rampent dans les parois de l'organe, où je les ai vus former deux abcès intra-pariétaux dont j'ai parlé au dernier Congrès de Chirurgie (1) ; ils imprègnent la corne, se groupent sous la trompe et l'ovaire, et vont les infecter de première main ; ils abordent le péritoine par tous les points, à la surface des ailerons, sous les deux feuillets du ligament large, sous le revêtement séreux des parois et du fond de l'utérus. La suppuration dans la trompe est plus fréquente que partout ailleurs, avec un péritoine simplement adhérent, l'expérience le prouve ; mais il arrive aussi que la cellulite existe seule ; et pourquoi s'étonner que d'autres fois l'inflammation péritonéale domine la scène et évolue malgré l'intégrité relative des annexes ?

C'est en présence de la *lymphangite pelvienne diffuse*, qui suit quelques accouchements septiques ou des opérations mal faites, qu'il serait puéril de chercher dans les annexes le point de départ des lésions généralisées. Tout est pris à la fois, pour ainsi dire ; une infiltration œdémateuse ou purulente occupe le tissu cellulaire (cellulite pelvienne diffuse), les annexes, le péritoine, les masses adhérentes de l'épiploon. Ces cas-là sont peu traitables ; mal renseigné sur l'étendue de l'infiltration, le chirurgien est réduit à s'abstenir, ou bien il cherche vainement un foyer responsable des accidents, et, s'il fait couler du pus, l'infection n'en est pas enrayée.

Cellulite, ovaro-salpingite purulente, abcès péritonéaux, sous ces trois rubriques se décrivent aisément les formes diverses de foyers pelviens que nous pouvons guérir, et les variétés qui distinguent leur évolution sans en faire des entités séparables. Les livres d'enseignement multiplient les mots et les subdivisions pour ne rien laisser dans l'oubli, émiettent leur description dans un nombre infini de petits

---

(1) *Neuvième Congrès de Chirurgie*, Paris, 1895, p. 905.

chapitres, et laissent au lecteur le soin de refaire le tableau clinique, la synthèse de leurs documents éparpillés, de chercher le lien qui enchaîne tous ces faits. C'est un excès d'analyse, que dépassent encore, il faut l'avouer, les subtilités de leurs diagnostics différentiels.

CLASSIFICATION DES TRAITEMENTS

Je laisserai de côté les soins médicaux dont toutes les malades ont besoin, et les divers palliatifs sur lesquels je n'aurais à dire que des banalités. Le traitement des suppurations pelviennes est essentiellement opératoire, et répond à la formule : *ubi pus, ibi evacua.*

Je demande la permission de ne pas m'arrêter à certains modes d'intervention — voie périnéale, sacrée, etc., — qui ne me paraissent pas rationnels, bien qu'ils aient été proposés par de bons auteurs.

Énumérons d'abord, sans rien juger.

I. — Voie sus-pubienne. — 1° *Incision directe.* — Une simple incision, avec drainage ou tamponnement, peut suffire aux collections qui viennent toucher la paroi de l'abdomen : *a*) envahissement du tissu cellulaire sous-cutané de la fosse iliaque par la cellulite pelvienne, qu'on ouvre au-dessus de l'arcade ; *b*) saillie, au même point ou rarement sur la ligne médiane, d'un abcès péritonéal en contact avec la paroi et limité par un « plastron » d'adhérences. Dans ces deux cas, l'incision ouvre le foyer directement, sans traverser un espace libre du péritoine et sans manœuvre préliminaire.

2° *Laparotomie.* — Incision médiane, donnant accès dans la partie saine de la séreuse, pour explorer l'abdomen et attaquer des lésions plus profondes : *a*) ouverture simple, avec drainage ou tamponnement, d'un abcès péritonéal voilé par l'intestin ou l'épiploon ; *b*) ouverture d'une collection tubaire ou ovarienne, tellement adhérente qu'il serait périlleux de chercher à l'extraire ; *c*) castration tubo-ovarienne, ou ablation des annexes après rupture attentive des adhé-

rences et protection du péritoine contre l'épanchement du pus ; *d*) même ablation, compliquée d'une hystérectomie totale par certains auteurs qui admettent l'utilité d'enlever l'utérus et ne veulent pas l'aborder par le vagin.

II. — Voie vaginale. — 1° *Incision directe.* — Elle se fait en arrière du col exclusivement. Il s'agit ; a) d'un foyer de cellulite faisant bomber un des culs-de-sac, à la base du ligament large ; *b*) d'un abcès péritonéal occupant le Douglas ; *c*) d'une poche tubaire développée dans l'excavation, voisine de la paroi vaginale et accessible immédiatement ou à travers des adhérences.

2° *Cœliotomie vaginale.* — Antérieure ou postérieure. C'est une incision (colpotomie) en avant ou en arrière du museau de tanche, différant de celle qui précède en ce qu'elle ouvre le péritoine sain pour explorer la cavité séreuse, achever le diagnostic et traiter les annexes.

3° *Hystérectomie vaginale.* — Autre manière d'ouvrir l'abdomen par le vagin. L'ablation de l'utérus peut être salutaire par elle-même (castration utérine); opération préliminaire, elle donne l'évacuation large des foyers de cellulite et des abcès péritonéaux, l'évacuation des annexes trop adhérentes et l'extirpation des pyosalpinx énucléables.

Maintenant, nous allons débrouiller et simplifier. L'incision directe par la voie sus-pubienne ne soulève pas de controverse et ne mérite pas de nous arrêter longtemps ; c'est l'ouverture simple d'un abcès comme en toute autre région, et le plus souvent l'abcès n'est pas très long à guérir. Le plus souvent aussi, le diagnostic est facile. Cependant chez deux malades récentes, le 28 avril et le 17 juillet 1896, j'ai incisé au-devant d'un plastron sus-pubien, espérant que j'allais pénétrer dans un foyer juxta-pariétal, et j'ai trouvé le péritoine libre et une grosse tumeur annexielle indépendante. Chez la première, j'ai complété mon intervention en extirpant un double pyosalpinx dans les conditions les plus graves; elle survécut avec une fistule de l'intestin grêle. Chez la seconde, sur laquelle je reviendrai tout à l'heure,

je n'ouvris même pas la séreuse en la voyant mobile sur la tumeur, et je refermai l'incision hypogastrique.

Les deux cœliotomies vaginales, antérieure et postérieure, demandent quelques réflexions, mais nous intéressent médiocrement. L'incision postérieure en plein péritoine, pour explorer les annexes et enlever de petites tumeurs, est admise en France depuis longtemps, mais n'y a jamais passé pour un traitement des suppurations pelviennes, bien qu'une petite collection tubaire, fortuitement reconnue puisse à la rigueur passer par là. En Allemagne, c'est l'incision antérieure, largement faite, soulevant la vessie, donnant passage à la main, permettant d'attirer le fond de l'utérus et de voir le Douglas, qui est maintenant à la mode. On l'a faite nombre de fois pour relever l'utérus en rétroversion et le fixer dans une position contre nature, qui peut entretenir les douleurs ou créer la dystocie, comme plusieurs faits en témoignent. On l'a faite encore pour examiner les ovaires, les réséquer partiellement, ouvrir des hydrosalpinx, enlever des kystes simples ou de petits fibromes, enfin quelques salpingites suppurées. Il faut sans doute que l'utérus soit mobile et complaisant, la lésion tubaire petite et mollement adhérente. Autrement, je ne pense pas qu'on puisse nous conseiller de choisir une manœuvre incommode, où l'opérateur ne pourrait pas toujours éviter l'infection du péritoine, enlever toutes les parties malades ou assurer leur drainage. Me suis-je trompé sur le degré d'importance attribué par quelques-uns à la cœliotomie vaginale? Si oui, j'avoue que je ne leur céderais pas facilement; sinon, je passe outre, et me contente de signaler cette méthode comme n'étant pas d'un usage courant dans les suppurations du petit bassin, et ne pouvant servir qu'à titre exceptionnel.

Ainsi se trouvent éliminées les questions d'ordre secondaire, et nous n'avons plus à discuter, en somme, que les trois opérations désormais classiques : l'*incision vaginale directe*, la *laparotomie*, l'*hystérectomie vaginale*.

Si, à chacune des trois localisations de la lymphangite

pelvienne, s'adaptait invariablement une de ces trois méthodes, la discussion ne serait pas longue. Mais, au contraire, les diverses formes de suppurations, sinon toutes leurs variétés, — je rappelle que j'ai mis à part l'incision directe au-dessus de l'arcade, — peuvent être attaquées et guéries des trois manières. Et c'est fort heureux pour les malades, car le diagnostic du siège est très souvent obscur, et s'il fallait le tenir pour se déterminer, chirurgien et malade seraient bien souvent en mauvaise posture. Mais il n'en est rien ; sauf des cas rares, le chirurgien se décide pour d'autres causes; l'opération va à la recherche du foyer, elle est exploratrice dans ses premiers temps. Et c'est fort heureux pour mon exposé, car je me trouve par là dispensé d'imiter les livres classiques en traitant avec force détails, souvent illusoires, une question moins étroitement liée à mon sujet qu'elle ne le paraît au premier abord, le diagnostic différentiel des suppurations du petit bassin.

Je supposerai que le chirurgien, après avoir examiné sa malade, est en possession de la somme de diagnostic à laquelle il pouvait prétendre. Cela posé, quelles sont les raisons, graves et multiples, qui doivent inspirer sa conduite?

Les habitudes prises, les opinions déjà exprimées, l'ennui d'écouter les conseils, quelques essais malheureux dans une direction nouvelle, tels sont les motifs qui ont le plus souvent faussé la discussion. Il n'est plus permis aujourd'hui de se poser en laparotomiste, en partisan exclusif de la voie vaginale, en admirateur de la simple incision. Dans toute pratique réfléchie et sérieuse, chacune des trois méthodes a sa place; en repousser une ou seulement la négliger, serait abandonner une arme nécessaire et trahir l'intérêt des malades.

INCISION VAGINALE DIRECTE

La simple incision a précédé les autres méthodes. On osait la faire quelquefois, sur une collection nettement fluctuante, alors que la technique de la laparotomie n'était même pas

soupçonnée. Aujourd'hui encore, pour la mettre en lumière, on invoque sa *facilité* relative, sa *bénignité*, son *efficacité*. L'école de Lyon, qui l'intitule « méthode de Laroyenne », ajoute avec raison qu'elle est conservatrice, que certaines femmes guéries par elle ont pu devenir enceintes. Que faut-il de plus ?

Je ne demande qu'un peu de mesure. Et d'abord, l'argument de la conservation ne serait valable que si la laparotomie n'existait pas et si, lors de l'incision, il n'y avait plus qu'à enlever l'utérus. La grossesse après l'incision prouve simplement qu'une femme peut devenir enceinte quand on lui laisse un ovaire sain. Nous le savions.

L'opération est certainement plus facile qu'une hystérectomie vaginale. Mais il ne faut rien exagérer ; elle est encore assez sérieuse pour n'être pas « à la portée de tout le monde ». Passons sur les ponctions blanches avouées par nos confrères de Lyon, elles ne sont qu'un échec sans gravité ; passons sur les ponctions de l'intestin, à la condition toutefois qu'il s'agisse du rectum. Il me serait facile de montrer combien la question devient délicate si on l'approfondit, et combien, pour expliquer les bons résultats de Laroyenne et de ses élèves, il faut admettre que leur tact chirurgical est intervenu, a su discerner les indications, suggérer quelques tempéraments, et, somme toute, suivre le mouvement contemporain. N'oublions pas les origines, les idées émises il y a dix ou quinze ans, sur lesquelles s'appuyait la méthode et auxquelles la méthode survit. J'ai lu dans le *Lyon médical*, en 1886, un mémoire de Laroyenne dont le titre est bien significatif : *De la périmétrite chronique compliquée d'un épanchement latent de nature purulente, séreuse ou hématique*. Ce sont « des épanchements *latents*, sans fièvre, dont l'existence ou la fréquence tout au moins est restée ignorée jusqu'ici ». Ce sont « des péritonites, toujours apyrétiques ». Pour les ouvrir, l'auteur se sert d'un trocart spécial qui, après la ponction faite, reçoit un lithotome avec lequel on incise plus largement.

Pour arrêter le sang, une éponge est placée de manière qu'une de ses extrémités se trouve en arrière « dans la cavité péritonéale enkystée ». Parmi les malades, « les unes guérissent complètement, d'autres conservent leurs indurations inflammatoires compliquées ou non de la persistance d'une poche réduite, mais non complètement effacée, fermée ou fistuleuse ; elles gardent aussi des douleurs, qui sont toujours loin d'égaler celles qui existaient avant l'intervention et qui l'ont motivée ». Ainsi parlait Laroyenne. A cette époque, on était mal renseigné sur le siège des abcès péri-utérins ; Alphonse Guérin croyait encore à l'adénite sous-pubienne ; le nom de salpingite commençait à peine à voir le jour. N'était-ce pas raisonnable de chercher le pus autour du museau de tanche, même quand il ne faisait pas de saillie fluctuante ? Mais depuis lors, la question s'est élargie et précisée ; nous savons que le pus est volontiers dans la trompe, que celle-ci est épaisse et peut se fermer difficilement quand on l'a ouverte ; nous avons observé des lésions multiples, des dispositions inattendues, pour lesquelles l'incision vaginale est dangereuse ou insuffisante ; en même temps, nous avons conquis de nouveaux moyens d'action. Aussi, loin de pousser l'ancienne méthode à une plus grande audace, devons-nous la borner aux indications qu'elle sait remplir. C'est ainsi qu'elle est et restera précieuse.

Voici, d'ailleurs, une série de faits qui, en montrant les difficultés et les périls dont l'incision vaginale peut être entourée, nous permettra de bien dégager ses indications.

La collection pelvienne paraît quelquefois très simple, en contact immédiat avec la paroi vaginale, bien disposée pour l'incision directe, et cependant elle en est séparée par d'autres lésions ou d'autres organes. J'ai signalé (1) un cas d'hystérectomie vaginale où un pyosalpinx énorme dépassait l'ombilic, donnait une fluctuation manifeste entre l'abdomen et le cul-de-sac postérieur, et où je découvris en opérant que

(1) *Loco cit.*, p. 65.

le Douglas était rempli par une agglomération de kystes séreux. Quand l'utérus et les kystes furent enlevés, l'intestin grêle se présentait à la plaie, et la poche purulente n'apparaissait pas encore, étant refoulée tout entière au-dessus du détroit supérieur. Il m'avait été impossible de ne pas considérer la saillie du Douglas comme la partie inférieure de la grande collection. Si j'avais adopté l'incision, mon bistouri serait tombé au milieu des kystes ; si le trocart de Laroyenne avait suivi la même voie, il aurait dû s'arrêter, ou bien, dirigé aveuglément dans la direction du pyosalpinx, il l'aurait manqué et n'aurait ouvert que l'intestin grêle.

Je livre ma conduite à la discussion dans le cas suivant :

Une fille de 21 ans, qu'un de mes collègues a traitée en juillet par la laparotomie, je ne sais pour quelles causes, vient se faire opérer à Saint-Louis le 5 novembre 1895. Elle a une grosse tumeur fluctuante, médiane, atteignant l'ombilic, avec 39 et 40°. La septicémie aiguë, la virulence certaine du pus, la simplicité apparente de cette énorme poche, dont le flot se renvoie aisément de l'abdomen au cul-de-sac postérieur, enfin la jeunesse extrême de la malade, tout m'engage à faire une simple incision, qui remplira tout au moins l'indication immédiate en réservant l'avenir. J'ouvre le cul-de-sac de Douglas, et avec étonnement je vois couler de la sérosité. La tumeur abdominale, toujours tendue et fluctuante, descend un peu au-dessous de l'ombilic. J'ai pénétré dans une collection séreuse intra-péritonéale, partout limitée par des adhérences, et au fond de laquelle j'aperçois, vers la droite, une paroi bleuâtre ; je l'ouvre d'un coup de bistouri, et c'est encore de la sérosité qui s'écoule, simple kyste séreux péri-annexiel. Enfin j'arrive sur la saillie fluctuante de l'énorme pyosalpinx, que j'effondre avec les ciseaux courbes et d'où jaillit un flot de pus très fétide, tandis que la tumeur abdominale s'affaisse. Après une évacuation prolongée, l'ouverture que j'ai faite à la trompe dilatée m'échappe et je ne puis y introduire de liquide ; je me borne à laver soigneusement l'espace enkysté du péritoine situé au-dessous, et j'y fais un tamponnement iodoformé. La malade succombe après quatre jours de lutte.

Évidemment, le pus fétide qui s'est écoulé de la trompe

a infecté la surface péritonéale sous-jacente, malgré lavage et tamponnement. J'ai cru que je pouvais impunément lui donner passage à travers cet espace restreint, protégé par des adhérences ; il eût mieux valu m'arrêter en voyant que la collection était double et que le pus n'était pas tout près de moi, pour faire séance tenante ou quelques jours plus tard une autre opération.

J'admets cette critique ; mais, si je m'étais arrêté par prudence, la méthode n'en serait pas moins en échec. C'est ce qui m'est arrivé le 3 avril 1896, dans un cas très analogue.

Une femme de 33 ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis après une fausse couche, avait une poche volumineuse, saillante à droite et en arrière du col. Le flot se percevait nettement par le palper bimanuel ; la saillie du cul-de-sac vaginal paraissait être la partie inférieure d'une collection unique. Cependant, mon incision me conduisit d'abord sur une collection de sérosité sanguinolente. Quand elle se fut longuement écoulée, j'explorai l'utérus, qui était repoussé vers la gauche, et aperçus la trompe du côté droit, dilatée et menaçante. Je pensai qu'il s'agissait d'un pyosalpinx et j'eus peur, en l'ouvrant, d'infecter l'espace péritonéal d'où je venais d'extraire la sérosité ; je m'arrêtai donc, et j'attendis les événements. La femme continua de souffrir, avec sa masse annexielle ; et, comme j'admettais l'intégrité des annexes gauches, c'est par une laparotomie que je complétai mon intervention, le 3 mai. Je laissai l'ovaire du côté sain, et j'enlevai à droite, au lieu d'une salpingite suppurée, un gros hématome tubaire inclus dans le ligament large et très adhérent.

Un fait plus récent (19 mai 1896) peut être comparé à ceux qui précèdent ; ici encore, j'ai trouvé dans le Douglas autre chose que la partie déclive de l'abcès.

Il s'agit d'une femme de 35 ans, ayant un passé génital compliqué, hémorrhagies, douleurs, pelvi-péritonites. Elle entre à Saint-Louis le 12 mai, en pleine poussée aiguë, avec fièvre, ballonnement et masse pelvienne. Au bout de quelques jours le calme revient, et je décide l'évacuation de cette énorme poche qui affleure l'ombilic et fait saillir le Douglas, avec une fluctuation

manifeste entre les deux points. Une incision derrière le col arrive sur le péritoine et l'ouvre largement : rien ne sort, aucune trace de liquide. Mais je rencontre avec le doigt et j'extrais longuement des masses molles, décolorées, légères, d'abondants flocons fibrineux que je n'ai jamais vus dans un péritoine en pareille quantité, et qui me paraissent être le résidu de la pelvi-péritonite à peine éteinte. Au fond, à droite, j'aperçois une poche tubaire et j'hésite à l'ouvrir au milieu de la cavité pelvienne. Mais il me semble que les flocons fibrineux que j'ai en partie laissés constituent pour l'évacuation du pus une route moins périlleuse qu'un péritoine lisse et contenant de la sérosité; et je me décide à ouvrir le pyosalpinx, d'où s'échappe un flot de pus très septique. La tumeur abdominale s'affaisse. Avec le doigt, je ne sens pas bien, à gauche, les limites du foyer pelvien, j'ai peur que des anses de l'intestin grêle ne viennent se faire contaminer, et je m'arrête sans pousser l'exploration de ce côté; puis, ayant fait une injection très douce d'eau bouillie, placé un drain et de la gaze iodoformée, j'attends avec anxiété les suites. La malade guérit très bien, sans accidents; mais combien, tout en la voyant guérir, je trouvais mon opération obscure et défectueuse !

Ainsi quelquefois, par ces dispositions inattendues qui déjouent les plus fins diagnostics, l'incision vaginale est aveugle. Elle peut réussir en donnant quelques transes au chirurgien ; elle peut être forcée de manquer son but, l'ouverture de l'abcès, pour s'arrêter en deçà du danger. Veut-on maintenant la preuve que, tout en manquant son but, elle est capable de causer un malheur ?

J'ai opéré, le 17 juillet 1896, une femme de 24 ans, mariée depuis 9 mois et que les médecins laissaient depuis 7 mois aux prises avec une suppuration pelvienne des plus graves; elle était blafarde, amaigrie, épuisée par la septicémie; tous les jours 39° et 40°. Au-dessus de la symphyse, à droite, une tumeur ronde et fluctuante, faisant bomber l'hypogastre; dans le cul-de-sac vaginal correspondant, une saillie volumineuse refoulant l'utérus à gauche et partie déclive, en apparence, de ce grand foyer purulent. Il me sembla que j'arriverais presque d'emblée à la collection par le cul-de-sac vaginal, et j'adoptai la simple incision parce qu'il fallait,

chez cette malade affaiblie et très infectée, aller au plus pressé, évacuer le pus, faire cesser la fièvre et les douleurs par le procédé le plus rapide et le moins grave. Or, après avoir incisé en arrière du col, prolongé ma dissection vers la droite, et cru sentir, à travers une mince couche de tissu, la paroi du foyer que j'allais ouvrir, mes ciseaux mousses pénétrèrent dans un magma d'où il sortit quelques grammes de pus. En dissociant, j'en fis sortir encore, mais toujours en petite quantité, et je pensai que je traversais une infiltration purulente du ligament large. Portant mes ciseaux dans la direction de la poche qui faisait saillie à l'hypogastre, je ne voulus pas pénétrer à toute profondeur, et je m'arrêtai sans l'avoir atteinte; puis, espérant trouver des adhérences entre cette poche et la paroi abdominale, je fis une incision au-dessus de l'arcade, mais, arrivé sur le péritoine pariétal, je vis qu'il était mobile sur la tumeur et je refermai la plaie.

Je comptais faire le surlendemain l'hystérectomie vaginale; mais la malade mourut dans la journée, et voici ce que montra l'autopsie : J'avais ouvert et traversé un ligament large infiltré de pus. Attenant à son bord supérieur, saillant en plein péritoine et sans aucune adhérence, est un pyosalpinx volumineux, très élevé. La pointe mousse de mes ciseaux, dirigée un peu trop en dehors, a pénétré dans le péritoine en rasant la tumeur, l'a marquée d'un léger sillon, mais ne l'a pas ouverte. A gauche, hydrosalpinx adhérent, plus volumineux que la poche de droite.

Je me demande comment j'aurais pu mieux faire; quelle chance il aurait fallu pour me conduire juste au niveau de l'insertion de la poche tubaire sur le ligament large ; comment, après une ouverture plus heureuse, aurait pu se vider la poche à travers ce chemin sinueux ; comment le trocart de Laroyenne s'y serait pris pour mieux viser que mes ciseaux, ou comment, après avoir piqué au bon endroit, son lithotome aurait fait pour ne pas ouvrir le foyer en plein péritoine. Reconnaissons plutôt qu'il y a des lésions d'une complexité dangereuse pour la méthode de l'incision simple. Ici cependant, je l'avais choisie de préférence à toute autre; avec ces lésions et cette malade, une laparotomie eût été infiniment grave; l'hystérectomie vaginale, mieux faite pour

évacuer l'infiltration du ligament large et extraire une collection tubaire sans adhérences, était néanmoins très sérieuse à cause de l'enclavement de l'utérus, du siège élevé du pyosalpinx et de la masse formée par le foyer de cellulite. Bref, j'ai suivi la conduite qui m'a paru la plus rationnelle ; aussi n'ai-je pas l'intention, par cet exemple, de condamner la méthode, mais seulement d'établir qu'elle n'est pas toujours si bénigne et si simple, et qu'étant sans contredit la plus aveugle des trois, elle ne doit être employée que sur des indications très formelles.

A côté de ces faits, dans lesquels l'incision n'atteint pas les collections pelviennes ou les atteint malheureusement, il en est d'autres où, pleinement satisfaisante au premier abord, elle rencontre le foyer et l'ouvre directement sans péril ; mais la forme de ce foyer est telle que la guérison est impossible et se fait attendre indéfiniment. On nous dit que, pour avoir un bon résultat, il faut drainer, tamponner assidûment, ne pas livrer la collection ouverte aux seules forces de la nature ; c'est vrai, mais il y a des cas où les soins les plus attentifs ne peuvent servir à rien. Exemple :

Une femme de 36 ans a été prise, au mois d'avril 1895, de phénomènes aigus aboutissant trois mois plus tard à l'issue d'un flot de pus par le vagin. Depuis ce moment ont toujours persisté une fistule en arrière du col, et à droite de l'utérus une tuméfaction qui est le siège de fréquentes poussées douloureuses. Avant de songer à une intervention radicale, je trouve qu'il est sage et qu'il peut être suffisant d'ouvrir largement pour évacuer l'abcès, modifier sa paroi et le panser à fond. Je fais, le 23 janvier 1896, une incision transversale, j'explore avec le doigt, et je trouve un foyer sinueux, étroit et allongé, à parois irrégulières. Impossible de dire si j'ai pénétré dans une trompe, dans un foyer de cellulite, ou dans un abcès péritonéal limité par des adhérences précaires ; j'explore avec douceur, je n'ose pas faire d'injection le premier jour, et je fixe un large drain. Les jours suivants, le drainage est maintenu et surveillé, des lavages sont faits régulièrement ; mais au bout de quelque temps le tube est chassé, bien qu'il ait été cousu à l'orifice par un crin de Florence, et, malgré nos efforts

pour tenir ouverte la cavité, elle redevient simple trajet et la plaie redevient fistule. Au bout d'un mois, je ne vois aucune tendance à la guérison, et je ne comprends pas encore l'abondance de l'écoulement; si bien que je procède, le 27 février, à l'hystérectomie vaginale. Après avoir enlevé l'utérus sans grande difficulté, je découvre un pyosalpinx arrondi, volumineux, communiquant par un étroit goulot avec un second foyer situé au-dessous et en contact avec la paroi vaginale; c'est ce dernier que j'ai ouvert et drainé le 23 janvier sans pouvoir atteindre le foyer tubaire, diverticule non soupçonné et source intarissable du pus. Ayant maintenant sous les yeux l'ensemble des lésions et n'opérant plus à l'aveugle, j'ouvre largement la trompe malade en protégeant le péritoine, je la lave, la tamponne avec une mèche de gaze qui sera retirée dans une semaine, et je ne prends plus souci de mon opérée, qui est absolument cicatrisée dans les délais ordinaires après l'hystérectomie vaginale.

Autre catégorie : certains foyers se ferment et guérissent, mais il survient une récidive, par le réveil du même abcès ou l'évolution d'un autre plus profond. Une malade que j'ai citée (1) fut très bien portante pendant quelques mois à la suite d'une laparotomie restée exploratrice et d'une incision vaginale faite séance tenante, le 21 octobre 1890; il fallut pour un nouvel abcès fétide siégeant au même point, lui faire, le 17 octobre 1891, une hystérectomie vaginale, qui mit fin à ses tourments. Tout récemment, j'avais à Saint-Louis une femme de 28 ans à laquelle un de mes collègues avait retiré un demi-litre de pus en incisant le cul-de-sac postérieur, opération très motivée par l'âge de la malade et l'intégrité relative des annexes droites. La plaie guérit bien, mais la malade continua de souffrir, et je lui fis l'hystérectomie vaginale le 21 juillet 1896. Je laissai à droite les annexes petites et adhérentes, et je trouvai à gauche une trompe énorme, parenchymateuse, dont la moitié interne incisée ne donna pas d'écoulement, mais dont la moitié externe, repliée sous la première, était une grande poche purulente à paroi friable

(1) *Loc. cit.*, p. 101.

et partout adhérente, que j'ouvris sans l'extraire. Il est probable que mon collègue avait incisé un abcès péritonéal occupant le Douglas, et n'avait pu soupçonner l'existence de la poche tubaire située plus haut. Et de fait, quand on est tombé sur une collection et qu'elle s'est largement vidée, il est d'ordinaire impossible d'en constater une seconde au-dessus de la première et il serait imprudent de la chercher à toute profondeur. Si tout ne s'est pas affaissé, qui vous dit que l'empâtement qui reste n'est pas un paquet d'anses intestinales? Qui de nous n'a vu, au cours des laparotomies ou des hystérectomies vaginales, que les tumeurs révélées par le palper bimanuel peuvent être formées par des choses imprévues ? Et qui ne sait aujourd'hui, avec un peu d'expérience, qu'une simple incision est exposée à laisser après elle, sinon toujours des abcès, du moins bien des causes d'infection nouvelle et de réveils douloureux ?

En résumé, l'incision vaginale directe a un défaut : elle est aveugle, et s'éloigne des opérations à ciel ouvert dont nous avons maintenant l'habitude, pour se rapprocher de celles qui, par timidité, restreignent le rôle du chirurgien et confient le sort des malades à un outil plus ou moins perfectionné dont le mécanisme, si ingénieux qu'il soit, ne saurait tout prévoir. Aussi faut-il se tenir pour averti, et penser toujours aux mécomptes avoués par ses partisans, accidents de rétention, poussées de pelvi-péritonite, dont rendent si bien compte les dispositions complexes et les ouvertures faites un peu au hasard à travers les culs-de-sac péritonéaux; s'attendre aussi à des résultats incomplets, à des rechutes fréquentes.

Mais, d'autre part, est-il admissible que cette opération ancienne, l'ouverture d'un abcès, ait perdu toute valeur parce qu'il s'agit de la cavité pelvienne, et n'est-il pas probable, au contraire, qu'elle reste pour certains cas l'intervention la plus logique et la plus simple? A coup sûr, on peut faire et j'ai fait maintes fois des incisions vaginales suivies d'un plein succès. Pour ne parler que des suppurations pelviennes, j'en

ai relaté dans mon livre six exemples, dans lesquels j'ai été guidé, pour le choix de la méthode, une fois par la pusillanimité de la malade, une fois par la crainte de faire une opération plus longue et plus grave chez une fille qui avait des accidents cardiaques très sérieux, une fois par l'urgence absolue, la septicité extrême du pus et la gravité de l'état général, trois fois par la jeunesse des malades et la date rapprochée de l'accouchement.

Depuis trois ans, j'ai observé d'autres cas pareils : le 22 février, chez une fille de 26 ans, après une fausse couche récente, collection énorme de pus fétide dans le Douglas; le 28 mars 1894, chez une femme très infectée, très pressante, un mois après une fausse-couche suivie d'accidents fébriles et abdominaux, gros abcès péritonéal dans la même région ; le 13 avril 1895, chez une femme de 28 ans, un mois et demi après un accouchement septique, masse annexielle fluctuante et faisant bomber le cul-de-sac latéral gauche ; le 25 juillet 1896, chez une femme de 32 ans, six semaines après une fausse couche suivie d'accidents graves, masse annexielle fluctuante à gauche de l'utérus. On voit qu'il s'agit presque toujours d'un état puerpéral récent.

Voilà des exemples qui m'aideront à formuler en quelques mots les *indications* de la méthode.

Une saillie fluctuante bien nette, une collection liquide soulevant manifestement la paroi vaginale, est une invitation au coup de bistouri, elle n'est pas toujours une indication formelle, s'il y a autour de ce point des lésions étendues et profondes. Mais quand, à la fluctuation très rapprochée, s'ajoute la simplicité probable du foyer purulent, l'incision est opportune et a chance de réussir. La plus grande simplicité appartient à l'abcès péritonéal faisant bomber le cul-de-sac postérieur, bien médian, bien liquide, flanqué d'annexes peu malades, et qui, avec un bon drainage et quelques injections, guérira simplement comme ont guéri les abcès péritonéaux que j'ai ouverts par la laparotomie, et qui sont cités plus haut. J'ai dit que le siège du pus n'avait pas la

plus grande part dans le choix de la méthode ; nous aurions ici un exemple du contraire, s'il était toujours facile de reconnaître un abcès pur du cul-de-sac de Douglas.

Quand la suppuration est latérale et contenue dans la trompe, on n'est pas moins embarrassé. Il y a cependant des poches arrondies, fluctuantes sous la paroi vaginale et se présentant bien ; la suppuration n'est pas très ancienne, la paroi tubaire n'est pas très dure. Si, en outre, la malade est jeune et si l'autre côté paraît sain, le devoir du chirurgien est tout tracé. Mais ne l'oublions pas, l'âge et la lésion unilatérale ne sont ici de bonnes raisons que si le foyer est très simple et très accessible ; car, s'il est plus élevé et d'un diagnostic moins sûr, la laparotomie, tout en respectant les organes sains, voit plus clair et fait mieux.

L'acuité des accidents est un très bon guide. Or, les accidents sont aigus lorsque l'infection est récente. Dans cette première condition, le foyer est souvent simple par son siège, sa disposition, sa paroi, et se rapproche des « abcès chauds » dont la guérison rapide, sous le pansement de Lister, nous étonnait si fort il y a quinze ans. C'est une première raison pour agir simplement.

Une deuxième raison, dans les mêmes cas, c'est la grande virulence du pus. En pleine septicémie, avec des températures élevées, la moindre souillure du péritoine est à craindre. La laparotomie n'est pas toujours formellement contre-indiquée, mais elle est extrêmement dangereuse. L'hystérectomie vaginale l'est beaucoup moins, parce qu'elle expose beaucoup moins le péritoine à l'inoculation septique ; elle est cependant très délicate, surtout quand le volume excessif des collections et l'abondance du pus font prévoir l'inondation du champ opératoire et la difficulté de préserver une anse d'intestin grêle ou un lambeau d'épiploon. En même temps, la gravité de la septicémie et la faiblesse de la malade peuvent engager le chirurgien à s'abstenir d'une grande opération pour aller au plus pressé. Il est sage alors d'évacuer, si on le peut, les abcès afin d'abaisser la

température et d'arrêter l'infection, quitte à faire plus tard, si la malade n'est pas guérie, une opération plus radicale.

Un troisième point, d'une grande importance, est la friabilité de l'utérus dans l'état puerpéral récent. Fût-elle aussi bien indiquée que possible, l'extirpation des organes peut donner de graves mécomptes pendant la période qui suit l'accouchement, période incertaine que je limite aux deux premiers mois, mais qui peut durer plus longtemps. Alors, dans la castration par l'abdomen, la corne s'arrache et le pédicule se coupe; dans l'hystérectomie, le moignon se déchire, donne de mauvaises prises et l'opération reste en plan ou devient périlleuse.

En cas d'infections plus anciennes et de suppurations chroniques, si parfois le réveil des accidents fébriles, une fluctuation nette au milieu des masses pelviennes, des phénomènes de compression amenés par une grosse tumeur, enfin le mauvais état général poussent le chirurgien à suivre d'abord l'indication pressante et à soulager sa malade, c'est alors qu'il doit s'attendre à n'avoir qu'un résultat palliatif; c'est alors que la simplicité du foyer est un mythe, que les douleurs reviendront, que la fistule persistera; c'est alors qu'il faut poser en principe que l'incision vaginale est insuffisante, et qu'elle doit se donner comme un traitement d'attente ou franchement céder le pas aux autres méthodes.

Le *manuel opératoire* de l'incision vaginale est simple; une main lourde, néanmoins, ne la ferait pas toujours avec sécurité. Laroyenne et ses élèves se servent du trocart spécial dont j'ai parlé. A Paris, nous n'aimons pas cette pointe qui s'enfonce au jugé, qui peut toujours, sauf dans les cas très faciles, manquer l'abcès ou faire quelque malheur. Nous aimons mieux disséquer de proche en proche, et, nous aidant du palper abdominal pour soutenir la tumeur et la pousser vers nous, arriver à son contact et l'effondrer à bon escient. L'ouverture du Douglas est élémentaire; celle des collections latérales est plus délicate. L'incision doit toujours être faite au milieu, dans le cul-de-sac postérieur, transversale-

ment; tout autre point de départ serait dangereux pour l'utérine, l'uretère ou la vessie. Le bistouri n'est pas mauvais, mais un ou deux coups de ciseaux derrière le col me paraissent encore plus commodes. Une entaille vers le côté permet à la pointe des ciseaux mousses, guidée par le doigt qui la précède ou la soutient, d'aller dissocier le tissu cellulaire ou les adhérences du Douglas en passant derrière l'utérine, de choisir la saillie fluctuante et d'y pénétrer hardiment. En les sortant branches ouvertes, on agrandit la brèche.

Cela fait, si on veut que la cavité se ferme, il faut la soigner minutieusement. Très différentes des poches purulentes qui se comblent rapidement après la castration utérine, celles-ci ont peu de tendance à revenir sur elles-mêmes et ne demandent qu'à rester fistuleuses. Drainage, lavage, tamponnement iodoformé doivent être mis à contribution; la femme ne guérit pas toute seule. Le drain, même cousu à la muqueuse, peut être expulsé; un diverticule peut échapper à l'influence du pansement, et la suppuration continue. La femme, d'ailleurs, n'en est pas toujours incommodée et peut vivre de la vie ordinaire, en prenant quelques soins jusqu'à la cicatrisation complète.

L'expérience nous a appris, depuis quelques années, combien l'application des méthodes gynécologiques est subtile, combien elle renferme de problèmes secondaires auxquels chacun de nous donne une solution différente, combien, à côté des règles principales, les détails prennent souvent d'importance. Il y a un art de bien faire les opérations; il y en a un autre, celui de les faire réussir. Et, pour appliquer cette idée à la question présente, je dirai que le chirurgien destiné à obtenir les meilleurs résultats de l'incision vaginale est, d'une part, celui qui adoptera l'incision méthodique, allant progressivement à la poche purulente et lui permettant de s'arrêter s'il a fait fausse route; celui, d'autre part, qui se donnera la peine de surveiller de près les suites opératoires, dans une région où s'accumulent les causes d'insuccès; enfin, et surtout, celui qui, au lieu de chercher à

démontrer qu'il est possible d'ouvrir habilement des foyers autour de l'utérus pour éviter les grandes opérations, tiendra compte avant tout des conditions précises dans lesquelles la méthode est indiquée, et, pouvant faire plus et mieux quand il le faut, saura la maintenir dans un cercle restreint.

LAPAROTOMIE

J'ai tenu, dans les pages qui précèdent, à serrer de près la discussion en m'appuyant sur des faits un peu longuement exposés, mais ayant par là même plus de valeur que des chiffres abstraits. La laparotomie, depuis longtemps consacrée par des états de service indiscutables, me demandera moins d'efforts. Il ne s'agit pas de mettre en doute son importance ; mais il faut nous demander si elle est, contre les suppurations pelviennes, le dernier mot de la thérapeutique, et s'il est permis de s'y cantonner exclusivement. J'ai trois points à examiner : la gravité immédiate, la valeur des opérations incomplètes, le pronostic de la guérison.

La gravité immédiate est en relation étroite avec la qualité du pus. Il y a des pus stériles ou peu septiques, il y en a d'extrêmement virulents. On peut faire avec les premiers des séries d'opérations heureuses ; mais il importe de savoir que, dans certaines laparotomies, l'opérateur est désarmé. Les plus intransigeants reconnaissent le danger des grandes poches friables et adhérentes ; l'aspiration du pus ne suffit pas, car il en reste assez pour inoculer le péritoine au moment où la déchirure se produit. J'ai cité (1) un cas très exceptionnel où, n'ayant pu atteindre le foyer par l'hystérectomie vaginale, j'ai fait un peu plus tard une laparotomie dans laquelle je n'ai pu triompher de la virulence du pus ; et j'en concluais que « cette observation, bon exemple des difficultés inextricables auxquelles nous nous heurtons quelquefois, démontre en même temps l'insuffisance

(1) *Loc. cit.*, p. 107.

possible de l'hystérectomie vaginale et l'énorme avantage que nous trouvons à réussir par cette voie, dans les suppurations graves et chez les femmes infectées depuis longtemps ».

Voici un fait récent très analogue : le 27 juin 1896, j'ai dû recourir, bien à contre-cœur, à une laparotomie que je n'aurais pas faite, chez une femme de 43 ans ayant des lésions compliquées, si une hystérectomie vaginale, entreprise quatre jours auparavant, n'avait dû rester inachevée. J'ai enlevé deux pyosalpinx adhérents, sans pouvoir éviter une petite déchirure et une contamination limitée du cul-de-sac de Douglas. Tout fut mis en œuvre dans les meilleures conditions apparentes : attouchements phéniqués, isolement du foyer par un tamponnement très exact, au milieu duquel un tube à drainage assurait l'issue des liquides. Aucun incident, aucune fausse manœuvre ne me donnaient d'arrière-pensée, et je me souviens d'avoir réussi maintes fois des opérations plus mauvaises. Mais le pus était d'une horrible fétidité, et la malade mourut d'infection rapide, en trente-six heures. Que pouvais-je faire qui eût mieux réussi ?

La gravité immédiate a encore une autre cause : les adhérences intimes avec l'intestin grêle et la déchirure de ses parois. Le gros intestin est assez facile à détacher, moins difficile à manier en cas de blessure ; mais l'intestin grêle est une source de gros dangers : infection et mort rapide, ou fistules permanentes qui épuisent la malade et dont le traitement est périlleux. Que dire du chirurgien qui, pour démontrer devant un collègue la supériorité de la laparotomie contre les suppurations pelviennes, en pratique cinq à la file, et ne s'en tire qu'après avoir appliqué trois boutons de Murphy ? Que sont devenues ces trois malades ? Dans quelle statistique trouverons-nous leur histoire.

Le malheur, c'est qu'il est difficile de connaître exactement la vérité. A côté des belles statistiques, il y a des séries d'opérations dont personne ne parle, des opérées dont on perd la trace. Un homme de valeur peut toujours affirmer,

sans mentir, que sa méthode lui donne de beaux succès; la notion du beau est toute relative. Un chirurgien, qui a enlevé dans sa vie beaucoup d'ovaires peu malades, dit un jour à la tribune : « Mes succès dans la salpingite suppurée sont tels que le relevé général de mes laparotomies pour affection des annexes me donne tant pour cent de mortalité. » Les journaux, peu attentifs, traduisent : « Il a tant pour cent de mortalité dans les pyosalpinx », et la méthode bénéficie de l'erreur des journaux.

Le second point qui nous intéresse, c'est la valeur des opérations incomplètes. Car il faut bien de temps à autre, et quelle que soit l'audace dont il se vante, que le chirurgien s'arrête en chemin et se borne à l'évacuation du pus. Ces opérations-là ont un avantage, c'est de ne pas tuer la femme, mais leurs suites ne sont pas brillantes. Nous ne sommes plus au temps où les chirurgiens, heureux de s'être tirés d'affaires, déclaraient que ces « fistulettes » n'avaient pas d'importance et guérissaient en quelques mois. La vérité, c'est qu'elles sont très souvent incurables, et tantôt constituent une déplorable infirmité qu'on retrouve au bout de trois et quatre années sans grande altération de la santé générale, tantôt s'accompagnent de suppuration abondante, de septicémie chronique, de poussées subaiguës avec dépérissement, par la persistance et l'évolution des lésions qu'on a laissées dans le ventre. Je n'insiste pas; beaucoup de laparotomistes ont reconnu de bonne heure que, si l'opération sus-pubienne laisse une fistule, l'hystérectomie vaginale est toute indiquée; j'ajouterai seulement qu'elle l'était avant la fistule.

Troisième point : le pronostic thérapeutique, c'est-à-dire la solidité de la guérison après les opérations même bien terminées. Je me suis attaché à démontrer (1) que souvent la castration ovarienne bilatérale est encore parcimonieuse, qui laisse un utérus infecté, congestionné, douloureux, et

(1) *Loc. cit.*, p. 241, 287.

que cet inconvénient de laisser l'utérus est en rapport avec l'état pathologique de l'organe et avec le tempérament des malades. Je ne veux pas reproduire ici des considérations de pathologie générale qui m'entraîneraient un peu loin, ni rappeler combien diffèrent entre elles les lymphatiques, dont les douleurs disparaissent avec leurs causes visibles, justifiant ainsi les opérations partielles, et les arthritiques nerveuses, dont les gros utérus ne s'atrophient pas, dont les fongosités saignent encore, dont les douleurs continuent. Pour ne parler que de l'utérus et de son état pathologique, je rappellerai le cas cité au neuvième Congrès de Chirurgie et auquel j'ai fait allusion plus haut (p. 14) : malade opérée pour un pyosalpinx, et dont l'utérus, rempli de pus fétide, contenait dans sa paroi deux gros foyers purulents interstitiels que j'ai ouverts au cours du morcellement. Qu'aurais-je fait de bon sans la castration utérine ? Je rappellerai encore 36 cas déjà publiés d'hystérectomie vaginale secondaire, auxquels il faut en ajouter cinq recueillis depuis ma dernière publication. Sur ces 41 malades, neuf avaient été opérées pour suppuration pelvienne, et parmi ces neuf, cinq fois la laparotomie avait enlevé un pyosalpinx unilatéral, et l'hystérectomie fut faite pour un pyosalpinx de l'autre côté ; quatre fois j'enlevai un utérus volumineux, hémorrhagique, rétrofléchi, adhérent; une fois l'utérus était petit et mobile, avec une muqueuse saine, mais la malade souffrait continuellement. Il faut le reconnaître, en somme : l'extirpation des annexes par la voie abdominale ne donne pas toujours, dans les suppurations pelviennes, une guérison définitive.

C'est ce que semblent avoir compris les chirurgiens qui font, depuis quelque temps, l'« hystérectomie abdominale ». On la vante beaucoup en Amérique, et on la fait très bien ; chez nous, quelques-uns l'ont préconisée. Là-bas, comme ici, elle est adoptée par ceux qui ignorent l'hystérectomie vaginale. Je lui reconnais un mérite, c'est d'assurer la guérison en ajoutant la castration utérine à l'ablation des annexes ; mais je lui fais les mêmes objections qu'à toute

laparotomie : comment se défendre contre certains pus virulents, comment se tirer des cas inextricables? Je ne me fie pas aux descriptions intéressées ; on choisit un cas simple pour le décrire, on proclame que rien n'est facile comme de décoller la masse annexielle et de la circonscrire dans une ligature ou dans une pince coudée d'une certaine façon. Je connais bien ces cas-là, ils donnent raison à toutes les méthodes; vous pouvez jouer à l'aise avec un serpent tubaire à parois épaisses et mollement adhérent. Mais il faudrait nous parler un peu plus des cas graves et des difficultés qui surgissent quelquefois sans qu'on les ait prévues. Ainsi, quand vous avez longuement énucléé une poche à paroi mince, anxieusement protégé l'intestin grêle, essuyé rapidement quelques points touchés par le pus fétide, assujetti un pédicule friable, il vous faut encore prolonger la manœuvre, travailler dans ce foyer suspect, multiplier les chances d'inoculation, au lieu de faire le plus tôt possible une désinfection complète et un pansement protecteur? En vérité, c'est méconnaître, avec trop de persévérance, la sécurité que donnent pour le péritoine l'ouverture des foyers purulents par la voie vaginale et l'absence de lutte contre les adhérences.

J'ai l'air, en ce moment, de faire le procès de la laparotomie ; mon seul but est de fixer les limites de son pouvoir, pour démontrer que nul chirurgien n'a le droit de se contenter d'une éducation incomplète. Mais ces limites ne sont pas étroites ; et, pour me défendre de toute partialité à cet égard, il me suffira de citer, comme je l'ai toujours fait depuis que ces questions sont à l'ordre du jour, le nombre de mes laparotomies. Depuis le commencement de l'année 1895, j'ai fait 48 laparotomies pour des annexites suppurées ou non, et dans la même période mes hystérectomies, faites sur des indications de même ordre, dépassent un peu la centaine (j'en ai 178, en y comprenant tout, fibromes, cancers, etc.). Or, quelques-unes des laparotomies ont été faites pour des raisons spéciales : hystérectomie vaginale inachevée, dont j'ai parlé

tout à l'heure ; tumeurs volumineuses et complexes, d'un diagnostic impossible ou obscur, hématosalpinx accompagné de petites fibromes, gros hématosalpinx dominant l'utérus et montant jusqu'à l'ombilic, kyste séreux du ligament large quatre ans après une hystérectomie avec ablation complète des ovaires et des trompes, gros kyste purulent de l'ovaire très haut situé chez une femme de 55 ans, etc. Mais, d'une façon générale, ce qui m'a guidé dans le choix de la méthode c'est que, la femme étant jeune et la lésion bilatérale n'étant pas démontrée, j'avais l'espoir de laisser un ovaire sain. Souvent, à vrai dire, l'espoir a été déçu. Pour ne parler que des suppurations, si je mets à part un cas de pyosalpinx bilatéral où la malade exigea une laparotomie, et un autre pareil où je la pratiquai pour attaquer et fort heureusement guérir une péritonite aiguë généralisée, je trouve que 6 fois seulement je pus faire une castration unilatérale, et que 7 fois je dus enlever les deux côtés. Dans les affections non suppurées, 2 fois je me bornai à une rupture d'adhérences, 15 fois j'enlevai un seul côté, 7 fois je dus faire la castration double pour des lésions parenchymateuses, hydropiques, etc. Quatre ou cinq fois pour le moins, je laissai du côté relativement sain un ovaire déjà altéré, une trompe oblitérée, quelque lésion me donnant des doutes sur l'avenir ou m'assurant l'infécondité de la femme ; je respectai de parti pris l'ovaire le moins malade, pour conserver les règles et l'équilibre des fonctions. Les opérations que j'ai faites là n'ont pas toutes une égale valeur ; quelques-unes des malades sont destinées peut-être à l'hystérectomie secondaire. Mais je ne me repens pas d'avoir tenté les chances de conservation qui leur restaient.

En somme, la laparotomie triomphe toutes les fois qu'il y a des organes à respecter. Telle est son *indication* vraie, et je répète qu'elle a ainsi un assez vaste champ d'action. L'âge de la femme, la certitude ou l'espoir d'une lésion unilatérale, telles sont les raisons qui doivent nous inspirer. La lésion unilatérale ne suffit pas ; elle ne peut vraiment nous décider

que si la femme est jeune, car il ne faut pas sacrifier pour une chimère le pronostic opératoire et la perfection du résultat thérapeutique. Dans les propagations infectieuses de la métrite, et surtout dans les suppurations, il faut beaucoup de chance pour tomber sur une lésion franchement unilatérale. Quand on cède au désir de faire le moins possible, on s'expose à laisser dans le ventre une salpingite qui paraissait bénigne, mais qui doit évoluer et ramener les douleurs. A telle enseigne que, chez une femme d'un certain âge et ayant fait ses preuves de fécondité, cette recherche de l'opération parcimonieuse devient un préjugé condamnable. Si, au contraire, la femme est jeune et s'il y a le moindre doute, il est de toute évidence qu'on doit raisonner autrement et savoir s'exposer à quelques revers thérapeutiques, pour ne pas faire bon marché de la fécondité de la femme ni troubler inutilement ses fonctions.

La laparotomie est tellement répandue, qu'il serait inutile et prétentieux d'insister beaucoup sur le *manuel opératoire*, et sur les idées directrices auxquelles tout bon laparotomiste obéit. On peut dire que l'art de réussir une opération de ce genre est connu de tous. Il y a cependant, ici comme partout, des préjugés et des partis pris, qui motiveraient une étude approfondie ; mais je n'y entrerai pas, et je ne ferai qu'un petit nombre de réflexions.

Il est certain que le plan incliné est un perfectionnement. Il permet de mieux protéger l'intestin, sans dispenser toutefois d'y faire grande attention, et peut-être a-t-on exagéré la sécurité qu'il donne à cet égard. Il permet surtout de bien mettre au jour la cavité pelvienne, d'opérer *de visû* comme dans une hystérectomie vaginale.

Nous sommes revenus des grands lavages du péritoine, qui avaient tout d'abord enthousiasmé quelques chirurgiens. Nous disons maintenant qu'au lieu d'entraîner les germes septiques, ils les répandent à travers l'abdomen. Cependant, n'allons pas d'un extrême à l'autre ; le grand lavage a encore des indications. Je me souviens toujours d'un kyste ovarique

à pédicule tordu, qui se rompit dans l'abdomen sous une très légère pression des doigts, quelques minutes avant l'opération. Je me hâtai d'ouvrir le ventre, et je trouvai du pus, nullement stérile, répandu à profusion depuis le fond du Douglas jusque dans les flancs et sous le diaphragme. Je fis passer 25 litres d'eau salée, et la malade guérit, après avoir eu 38° pendant deux ou trois jours, mais sans m'avoir inquiété un instant. Disons que le grand lavage est utile et nécessaire dans les diffusions purulentes étendues qu'on n'est pas toujours maître d'éviter, avec les énormes poches et après certaines erreurs de diagnostic; le bon sens indique qu'il serait illusoire de toucher à l'acide phénique ou d'essuyer quelques anses intestinales. Mais alors, il doit être prolongé, surabondant.

Autrement, nous aimons mieux faire l'antisepsie à sec, pour ainsi dire, sur les points contaminés. Mais il y a là, encore, une question d'opportunité et de sens chirurgical : si la surface touchée est assez grande, si le pus semble très mauvais, n'est-il pas plus sûr de laver d'abord cette surface et d'entraîner rapidement les liquides? Il suffit, pour éviter la diffusion de l'agent septique, de bien circonscrire le foyer par des compresses ou des éponges. Ce lavage sobre et limité peut être excellent. Avant tout, n'ayons pas de système absolu, et ne disons pas trop souvent « mon procédé » ou « ma pratique ».

Dans tous les cas où l'asepsie du foyer ne paraît pas suffisante, il faut terminer par le tamponnement avec la gaze antiseptique ou aseptique.

Ici, j'aurais deux points à traiter : l'abus du tamponnement, et la manière de le pratiquer. Il y a des chirurgiens pour qui le moindre globule de pus soupçonné dans la profondeur d'une trompe non ouverte, est un motif pour tamponner. Et quand ils voient s'écouler dans le pansement une abondante sérosité, ils s'applaudissent d'avoir été prudents. Mais si le tampon n'existait pas et si le péritoine n'était pas ouvert, il n'aurait pas tant sécrété. Vous n'avez gagné qu'une vilaine

cicatrice et une éventration. Dans quels cas précis doit-on fermer, dans quels cas laisser ouvert? C'est affaire de tact et d'expérience; on laisse dans le ventre ou des surfaces bien nettes ou des fragments déchiquetés qui peuvent être septiques.

Quant à la manière de pratiquer le tamponnement, c'est une proposition irréfléchie de dire qu'on le fait « pour assurer le drainage ». Je répète souvent que les tampons servent à tamponner, et que pour faire du drainage il faut un drain. Sans doute, plus mince est la mèche de gaze, plus elle permet l'issue du liquide; mais un tamponnement exact et modérément tassé peut être une cause de rétention. J'ai connu des cas où les malades, infectées et compromises, furent sauvées juste à temps par l'ablation des mèches; celles-là en furent quittes pour une suppuration plus abondante et plus longue. Or, il faut tamponner très exactement pour compléter une hémostase difficile, ou pour créer des adhérences et bien circonscrire le foyer; et souvent, après les opérations graves, on aura peur d'enlever la gaze trop tôt. Il est donc important de n'être pas pressé par des accidents de rétention; et la seule manière, c'est d'associer le drainage au tamponnement et de placer un tube allant jusqu'au fond.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Toutes les résistances ne sont pas vaincues, mais il est aisé d'en prévoir la fin. Il y aura toujours, entre les chirurgiens, des différences d'opinions et d'aptitudes; mais il n'y aura plus d'exclusion prononcée contre une des plus belles acquisitions de la gynécologie. En Angleterre, en Allemagne, en Amérique, l'hystérectomie vaginale n'est pas encore à la place qu'elle doit occuper, mais elle y est déjà défendue par des hommes de haute valeur, et ceux qui la méconnaissent encore trouvent à qui parler. J'en veux pour preuve, en ce qui concerne l'Amérique, les excellents travaux que j'ai lus récemment et qui sont signés Henrotin, Garceau, Sherwood-Dunn, Wathen. Et la conquête de l'Amérique n'aura pas

une mince valeur, car c'est dans ce pays, si riche en habiles chirurgiens, que la laparotomie semble avoir conservé le plus de fierté et d'intransigeance.

Je procéderai comme je l'ai fait tout à l'heure, en examinant d'abord la gravité immédiate, et je répéterai ici ce que j'ai dit maintes fois, c'est que l'intervention par la voie vaginale a d'ores et déjà répondu à notre attente en faisant ses preuves de bénignité relative. Sur l'ensemble de mes 569 hystérectomies vaginales, cancers, fibromes, suppurations et affections non suppurées, la mortalité est exactement de 5 p. 100 ; si j'élimine les cancers, elle tombe à 4 1/2. La statistique partielle des suppurations donne 6 1/2 p. 100. Elle se divise en trois séries : dans la première, j'avais 5 morts sur 61 cas : dans la seconde, 3 morts sur 66 ; dans la troisième, que je n'ai pas encore publiée et qui s'étend du 25 septembre au 3 août dernier, j'ai 23 suppurations et 2 morts. Dans chacune de mes communications, j'ai donné en détail l'analyse des cas malheureux. Pour continuer dans cette voie, je dirai que le premier insuccès de ma dernière série est survenu le 19 octobre 1895, chez une femme qui avait deux énormes poches contenant du pus fétide, avec de la fièvre et des frissons : j'enlevai intégralement les annexes et n'eus aucune surprise, aucune fausse manœuvre apparente ; j'attribuai la mort, qui survint au bout de 48 heures avec une ascension verticale de la température, à la septicité extrême du pus et à la souillure inaperçue de quelque point du péritoine, c'est-à-dire à l'accident même que la voie vaginale nous permet d'éviter le plus souvent. Le second insuccès eut lieu le 31 octobre, chez une malheureuse qui, traînée d'un médecin à l'autre, condamnée à l'immobilité pendant de longs mois et suppurant depuis deux années, était arrivée à ne plus manger, à ne plus se tenir debout, et avait un pouls à peine sensible ; après une opération que je laissai volontairement incomplète pour ne pas lui donner le coup de grâce, elle mourut cependant avec 36° et 35°, dans la nuit du 1er au 2 novembre.

Il est bien difficile de se former une opinion d'après les chiffres, quand on n'a pas vu les opérations et suivi les malades. Chacun trouve que sa statistique est bonne, et que celle du voisin ne prouve rien de plus. On m'a dit, quand j'avais 8 p. 100 de mortalité dans les suppurations, que cela ne démontrait pas victorieusement la supériorité de l'hystérectomie vaginale ; c'était vrai et cependant mon opinion était déjà faite. On ne m'a rien dit quand j'ai eu, dans la seconde série, 4 1/2 p. 100 ; que dira-t-on quand j'annonce 2 morts sur 23 cas, et 6 1/2 p. 100 dans les trois séries ? Il appartient à chacun de nous d'examiner en conscience, non seulement le nombre de ses opérations, mais la proportion des cas graves ou désespérés, les suites prochaines, les accidents tardifs.

Les cas de mort mis à part, je n'ai pas eu, dans le cours des 300 opérations faites depuis la publication de mon livre, c'est-à-dire depuis la fin de l'année 1893, un accident opératoire ayant eu quelque suite et méritant d'être noté. Mes malades ont guéri, sans aucune réserve.

Les succès réguliers de l'hystérectomie vaginale entre les mains qui l'ont bien apprise, sont maintenant hors de discussion. Et la bénignité relative de l'opération est due aux facilités qu'elle donne pour éviter les deux écueils dont j'ai parlé plus haut, la contamination du péritoine et la blessure de l'intestin grêle ; de telle façon que les pus très virulents et les adhérences intimes ne sont plus une pierre d'achoppement. Les foyers sont ouverts méthodiquement à leur partie déclive, le pus coule d'emblée à l'extérieur ; les doigts, passant derrière la trompe, la poussent de haut en bas, et les gouttes de pus n'atteignent que les points de la tranche vaginale qui seront lavés directement et séparés de la séreuse par le tamponnement final. Quant aux adhérences dangereuses, elles sont vite reconnues par la fixité des poches purulentes ; aucune lutte avec l'intestin grêle, qui se protège de lui-même et qu'on ne voit pas ; simple ouverture, lavage et tamponnement des cavités.

Car ici nous ne sommes pas forcés, comme dans les opérations sus-pubiennes, d'extirper intégralement les organes pour avoir un bon résultat, et tout autre est la valeur des opérations incomplètes. Je me répéterai encore, en défendant une idée que j'ai maintes fois soutenue, et sans laquelle on ne peut se vanter d'avoir bien compris la méthode : la guérison parfaite n'est pas liée à l'ablation intégrale des annexes. Les adversaires de l'hystérectomie ont prétendu que son défaut est de rester quelquefois incomplète, et de laisser dans le ventre des parties malades qui seront la cause de douleurs et de poussées nouvelles. Ses partisans eux-mêmes, les moins expérimentés, ont pensé que, pour faire une bonne opération, il était nécessaire de ne pas laisser le moindre lambeau. C'est une grande erreur, et d'autres ont dit avec raison que les trompes et les ovaires demeurent silencieux après la disparition de l'utérus, bien plutôt que l'utérus après la disparition des annexes. Quand des adhérences totales ont obligé le chirurgien à sculpter seulement l'utérus au milieux du processus fibreux, à vider les poches purulentes et à les traiter méthodiquement, la malade guérit très vite, la masse pelvienne s'assouplit en quelques semaines, et les poches sont oblitérées par le tratravail cicatriciel, sans qu'il reste ni fistule ni suppuration prolongée.

Voici les preuves. Dans ma première série, sur 61 cas de suppuration pelvienne, j'ai fait 22 fois l'ablation totale, 12 fois l'ablation unilatérale, et 27 fois je n'ai rien enlevé des annexes. Or, j'ai vu deux femmes, après une opération compliquée dont elles ont guéri dans les délais ordinaires, garder au fond du vagin une petite cavité suppurante qui s'est fermée au bout de quelques mois ; voilà pour les suites immédiates. Et pour les suites éloignées, j'ai vu une fois, au bout de deux ans, la cicatrice vaginale devenir douloureuse ; j'ai dû ouvrir un abcès gros comme un dé à coudre, et au-dessus de lui, une petite collection de sérosité ; le tout a guéri promptement et sans retour. Dans ma seconde

série, les 66 cas de suppuration comprennent : 30 ablations bilatérales intégrales, 5 bilatérales sauf un ovaire ou une trompe, 11 unilatérales, 20 castrations utérines pures, sur lesquelles j'ai même une fois laissé le fond de l'utérus. Pas une malade n'a eu de suites prolongées. Enfin, ma troisième série comprend, sur 23 cas, 11 ablations bilatérales intégrales, 1 bilatérale des trompes sans les ovaires, 2 unilatérales et 9 opérations où je n'ai enlevé que l'utérus. Je note ici une malade qui, après une opération laborieuse datant du 5 janvier, a encore, le 31 juillet, une fistulette peu profonde et qui ne la gêne pas ; une autre, opérée le 3 janvier, me montrait le 22 avril au milieu de sa cicatrice un point de suppuration dont elle est maintenant guérie, mais celle-ci compte justement parmi les bilatérales intégrales.

Tels sont les faits. Le principe qui doit nous guider, le but auquel nous devons tendre, n'en est pas moins l'extirpation complète ; il faut le dire aux chirurgiens encore timides qui seraient tentés de s'arrêter à moitié chemin. Mais, pour ceux qui ne s'arrêteraient jamais et s'acharneraient à tout arracher, il n'est pas inutile de répéter qu'en thèse générale, après la disparition de l'utérus et l'évacuation du pus, le pansement des organes malades vaut autant que leur suppression.

Que dire maintenant des assertions que j'ai lues : « L'hystérectomie vaginale est une mauvaise opération ; tous les désavantages sont pour elle ; on ne peut admettre qu'une malade guérisse quand on lui laisse des trompes malades ; la nécessité du drainage prolonge la convalescence ; on voit des hernies de l'intestin à travers la cicatrice.... » A ceux qui tirent ainsi leurs dernières cartouches, conseillons d'examiner de plus près et de juger sans passion.

Je n'ai plus qu'un mot à dire sur le pronostic thérapeutique, ayant déjà noté que des femmes très bien opérées peuvent rester malades par le seul fait qu'on leur a laissé l'utérus. Tout chirurgien dont l'expérience est complète parce qu'il a pratiqué les deux méthodes, sait aujourd'hui que la netteté,

la franchise des guérisons est liée pour une grande part à la castration utérine. Et ce qui le démontre bien, c'est le résultat constamment heureux de l'hystérectomie vaginale secondaire. Je l'ai prouvé par l'analyse de 36 exemples, devenus 41 depuis cette année. Et je considère si bien la castration utérine comme le point essentiel, que je ne tiens plus absolument, quand l'utérus est parti, à extraire un ovaire laissé par le laparotomiste; plus d'une fois j'ai négligé des annexes que j'aurais pu enlever sans coup férir, et je n'ai vu aucune différence dans les résultats.

Peut-être même, en présence des idées qu'on a mises en avant sur le rôle de certains organes glandulaires dans l'économie, n'est-il pas sans intérêt de laisser en partie des annexes dont l'ablation totale n'est pas nécessaire. En d'autres termes, et à la rigueur, il n'est pas impossible qu'un ovaire, inutile au point de vue de la reproduction, soit encore utile, même après la castration utérine et la disparition des règles, à l'équilibre des fonctions physiologiques; mais c'est une thèse que je n'oserai pas soutenir.

On voit par tout ce qui précède comment je conçois les indications de l'hystérectomie vaginale. Sauf les cas réservés tout à l'heure à l'incision directe et à la voie abdominale, qui ne sont ni rares, en somme, ni de peu d'importance, elle est, par la bénignité relative et par la sûreté de ses guérisons, la méthode de choix contre les suppurations pelviennes.

Me voici maintenant au *manuel opératoire*. C'est ici qu'il faudrait reprendre en détail les questions que j'ai minutieusement traitées dans mon livre (1), en m'efforçant de substituer aux descriptions sommaires des mémoires et des thèses un tableau exact et vivant. C'est ici qu'il faudrait montrer aux derniers opposants que l'opération n'est ni brutale ni aveugle, comme ils le disent. C'est ici, enfin, qu'il importerait d'ouvrir un chapitre, à l'usage de ceux dont l'opinion et la main ne sont pas encore affermies, sur la manière de

(1) *Loc. cit.*, p. 313.

réussir une hystérectomie vaginale. Je ne pourrai qu'effleurer les éléments principaux de ce chapitre, que je voudrais voir écrit d'après les us et coutumes de quelques bons opérateurs, vus de près et comparés entre eux.

La vulgarisation de l'hystérectomie vaginale contre les suppurations pelviennes repose absolument sur l'usage des pinces. Or, j'ai ouï dire par nos collègues d'outre-mer que les bonnes pinces ne sont pas encore bien connues là-bas. J'imagine qu'ils n'auront pas grand'peine à copier les nôtres ou à les faire venir.

Il faut, comme de juste, avoir de bons instruments ; il faut que les pinces, notamment, soient parfaites ; mais il faut en avoir peu. Je reste partisan fidèle de la simplicité instrumentale, et je repousse l'outillage compliqué, abondant, les formes bizarres, les écarteurs coudés sous tous les angles. Presque toujours, j'achève l'opération avec une valve courte à la commissure, et un écarteur étroit et de longueur modérée ; il est très rare que, dans les cas difficiles et chez les femmes étroites, j'use momentanément d'un troisième écarteur. Je fais la première incision circulaire avec les ciseaux qui vont me servir dans la suite, et je ne comprends ni les bistouris coudés à droite et à gauche — bien que j'en aie fait construire autrefois — ni le thermocautère. Avec les ciseaux utérins, trois pinces à traction, un bistouri à long manche, deux écarteurs coudés à angle droit, une valve courte un peu large, vingt pinces hémostatiques ordinaires bien solides et six ou huit longuettes à mors courts et droits, l'arsenal est complet ; ce qu'on peut y ajouter n'arrive pas à faire cinquante instruments, dont plusieurs ne serviront guère. Les mors des longuettes doivent être courts, de 3 à 5 centimètres, pour faire de bonnes prises ; depuis huit ans je n'en veux pas d'autres, bien qu'on m'attribue encore, dans quelques écrits, la longue pince d'autrefois.

Si je refuse les instruments nombreux et compliqués, c'est qu'ils ne rendent pas la main plus habile et ne suppléent pas à l'exacte notion de ce qu'on doit faire. La confiance dans

l'opération doit reposer, non sur l'emploi d'un outil ingénieux, mais sur la connaissance approfondie des indications à remplir. Exemple : j'ai trouvé bonne, il y a quelques années, une pince fenêtrée destinée à saisir les annexes et dont la prise est, en effet, très solide; mais je ne m'en sers plus jamais, parce que la difficulté n'est pas de bien saisir, mais de ne pas déchirer. Prenez les tissus comme vous voudrez, mais d'abord ayez la douceur persévérante, l'harmonie dans les mouvements sans lesquelles tout casse et tout lâche.

Je ne dis rien ici des manœuvres de la section utérine et du morcellement. Mais, l'utérus enlevé, il s'agit de se préserver contre un double danger : l'infection et l'hémorrhagie. Or, rien n'est plus facile, dans les suppurations pelviennes, que de faire une hystérectomie aussi mauvaise que la plus mauvaise des laparotomies ; rien de plus facile que d'attaquer les poches purulentes de manière à les vider dans le péritoine. Mais c'est le mérite de l'opération vaginale de pouvoir presque toujours éviter ce contact, de savoir protéger le ventre avec des éponges montées pendant qu'une large ouverture est faite à la trompe au niveau même de la plaie vaginale, éviter les tractions qui amèneraient la rupture du foyer en arrière, passer les doigts au-dessus des annexes pour trouver le joint, les envelopper tout entières et les attirer sans que les produits septiques puissent refluer vers le péritoine, enfin ramasser l'ensemble du ligament large et amener sa face postérieure, quelquefois déchirée, à la portée des tampons qui fermeront l'abdomen ; d'autres fois s'abstenir, respecter les adhérences et ouvrir les poches purulentes au-dessous de leur barrière protectrice. Un confrère étranger, qui visitait les hôpitaux parisiens et suivait assidûment mon service, me vit un jour, dans une opération laborieuse, décoller sans le rompre un gros serpent tubaire gorgé de pus, et de l'autre côté ouvrir sans l'extraire une poche à adhérences profondes et à paroi mince. « Je comprends aujourd'hui, me dit-il, pourquoi vos malades guérissent, et pourquoi j'en ai vu d'autres mourir. »

J'ai toujours prêché l'hémostase complète, absolue. Quand une pince est placée sur l'utérine, une autre sur la corne, il y a souvent entre elles un sinus où quelque vaisseau donne du sang. Il faut y ajouter une hémostatique ordinaire ou même deux, et fermer, pour ainsi dire, le ligament large en rapprochant ses deux feuillets ou ramenant tout au moins son feuillet postérieur. Il ne faut rien laisser de suspect en arrière du ligament, rien qui puisse verser du sang dans le péritoine. Dans les cas simples, on s'en tire avec deux ou trois pinces de chaque côté ; mais quand la région est très vasculaire, il n'y a pas de déshonneur à en laisser davantage. Dans les cas difficiles, alors que tout semble fini, on voit encore sourdre un peu de sang dans la profondeur ; il paraît venir du ventre, on ne sait d'où ; il coulera longtemps si on n'y prend garde, au milieu de la journée il faudra venir au secours de la malade ; son moindre inconvénient sera de faire un hématome pelvien et de créer une source d'infection. Or, le sang vient d'une déchirure postérieure du ligament large qu'on n'a pas sous les yeux ; tout s'arrête quand on a substitué ou ajouté, à la pince qui tient la corne, une autre pince allant plus haut sur le bord supérieur du ligament, et qu'on dirige avec le doigt pour ne pas saisir l'intestin.

Quand tout est sec à droite et à gauche, il faut s'occuper de la tranche vaginale postérieure, qui saigne toujours ; l'antérieure jamais. De deux à quatre hémostatiques ordinaires ferment le tissu prérectal en bordant la section du vagin avec celle du péritoine, quand celle-ci peut être atteinte et ramenée en avant. C'est alors, quand je ne vois plus une goutte de sang, que je me décide à tamponner la plaie. Sans doute, je pourrais quelquefois passer outre à un suintement léger, mais quel avantage y a-t-il ? Et j'ai connu des malheurs ou des alertes graves survenus par cette négligence ; aujourd'hui encore, la manière d'appliquer les pinces et de faire l'hémostase est pour quelques-uns une pierre d'achoppement.

Tout n'est pas dit quand l'opération est terminée ; les soins consécutifs ont une importance capitale. Il y en a

cependant que je ne comprends guère. Ainsi, la glace sur le ventre est une pratique surannée dont je ne vois pas l'intérêt; elle date d'une époque où l' « inflammation » était la cause de la péritonite et le froid un antiphlogistique. L'employez-vous maintenant contre la douleur ? J'en ai fait usage pendant plusieurs mois en 1893 et n'en ai tiré aucun profit; je m'en tiens à l'emploi modéré des piqûres de morphine pendant quarante-huit heures. J'en dirai autant des injections sous-cutanées de sérum artificiel, faites de parti pris chez toutes les malades. Les auteurs ont le jugement prompt sur de petites habitudes qu'ils ont ainsi contractées. Un collègue me dit un jour: « Toutes mes malades prennent du naphtol avant l'ovariotomie, et j'en obtiens les meilleurs résultats. » Quels résultats ? Qu'avez-vous constaté ? Cela voulait dire « mes malades guérissent » ; alors, pourquoi les miennes guérissent-elles sans naphtol ? Aujourd'hui, le chirurgien qui donne du sérum à toutes ses opérées, petites et grandes, et qui « en obtient les meilleurs résultats », devrait au moins produire une statistique supérieure à toutes les autres; on chercherait la cause, et cette cause pourrait être le sérum. Autrement, je l'accuse de regarder ses malades à travers une théorie préconçue.

Mais à côté de ces pratiques individuelles, certains détails plus ou moins méconnus doivent être signalés, car ils entrent pour une grande part dans les succès et dans les revers. Telle la manière de tamponner la plaie. Les tampons doivent occuper le canal artificiel formé par la plaie du vagin et la section des ligaments, de manière à couvrir les parties suspectes; mais ils doivent s'arrêter aux abords du péritoine sain et ne pas aller trop loin, parce qu'ils seraient difficiles à retirer, douloureux, laisseraient des lambeaux dans la plaie en voie de rétraction, finiraient par se salir et par infecter autour d'eux. Ceux que je préfère sont en coton hydrophile iodoformé, gros comme des noix et surtout très lâches, ce qui est toujours difficile à obtenir de ceux qui les préparent; c'est ainsi qu'ils se moulent sur les tissus et les

pinces, comblent les interstices, et tamponnent exactement, solidement, sans faire de compression exagérée. On peut, sans doute, arriver au même but avec la gaze; mais c'est moins commode et il faut y faire grande attention, car c'est un point qu'on a souvent le tort de traiter à la légère, au moins en paroles. Il faut surtout que le tamponnement ne soit pas fait d'un seul bloc, et que la partie supérieure puisse rester en place et protéger longtemps le péritoine, pendant que la partie inférieure se salit et se renouvelle. Dans une de mes dernières opérations pour fibromes, le 30 juillet 1896, on n'eut à me présenter que des mèches de gaze pour faire le pansement; je les disposai de mon mieux et tout alla bien. Mais le cinquième jour la gaze était sale, odorante, et la garde, en mon absence, crut devoir l'enlever et faire une injection; en quoi elle n'agit pas sans motif plausible, car la gaze infectée de proche en proche pouvait menacer le péritoine; s'il y avait eu des tampons séparés, elle aurait enlevé les inférieurs seuls. L'injection fut faite très doucement, avec du sublimé faible; et la malade fut prise d'une douleur excessive dans tout l'abdomen, et d'un état nerveux bien connu des opérateurs qui ont fait des injections prématurées. Elle n'en guérit pas moins, sans accidents et sans fièvre; mais il n'y a qu'une nuance entre ces cas-là et ceux où l'injection passe dans le ventre en quantité notable et cause la mort en vingt-quatre heures. Aussi, outre la manière de faire le tamponnement, ce fait soulève-t-il une double question : Quel jour doit-il être enlevé ? Quand et comment les premières injections ?

Je considère comme une grave imprudence d'ôter les tampons le même jour que les pinces; pratique à l'usage de ceux qui pansent avec une éponge, car l'éponge s'infecte rapidement, s'accroche aux tissus et cause tout au moins une extrême douleur quand on l'arrache au bout de quelques jours. Tout réussit à la rigueur; on côtoie le danger sans le voir; puis un échec survient, mais, content de ce qu'on a fait jusqu'ici, on cherche ailleurs la cause, et ainsi durent les mauvaises habitudes.

J'ai entendu le récit d'une opération après laquelle les tampons furent enlevés en même temps que les pinces; le chirurgien fit séance tenante une injection de sublimé, et la malade, qui allait bien jusque-là, mourut dans les vingt-quatre heures. Une infirmière, qui longtemps avait été la mienne, prit à part un des internes et fit quelques réflexions timides. Le chef de service, esprit ouvert et parfait chirurgien, ne fut pas long à modifier sa pratique et à réussir l'hystérectomie vaginale.

Un tamponnement bien fait peut et doit rester jusqu'au jour où le péritoine est certainement protégé par les adhérences. Mais quel est ce jour? Voici ce que j'ai vu : chez une malade opérée le 5 novembre 1895, quelques minutes après l'ablation des pinces une hémorrhagie se déclara; manœuvre nouvelle pour examiner la plaie, ressaisir quelques artérioles et faire un nouveau pansement; guérison sans aucune entrave. Je vis alors comment, dans ces cas apyrétiques, le péritoine se comporte. Comme il n'y avait pas de sang dans le petit bassin, la région m'apparut telle qu'elle était avant l'hémorrhagie, au moment de l'ablation des pinces; il n'y avait pas la plus petite adhérence, l'intestin, rose et mobile, se présentait à la plaie. Voilà qui me suffit pour déclarer qu'à ce moment, si on enlève les tampons, le péritoine n'est protégé, ni contre un liquide injecté ni contre une infection venue d'en bas.

Autre fait plus malheureux et déjà publié. Chez une femme de 62 ans, opérée le 11 avril 1892 pour un fibrome enclavé qui lui causait d'excessives douleurs, tout marchait absolument bien, mais j'eus le malheur de craindre, à cause de son âge, l'empoisonnement iodoformé, cet accident qu'on a vu sans doute, mais que je n'ai jamais vu, et qui me fait toujours l'effet d'une mauvaise excuse aux revers des chirurgiens. Il advint donc que j'ôtai les tampons le lendemain des pinces, le quatrième jour, ce qui ne me semblait pas d'une grande témérité. Je fis une injection douce avec du sublimé affaibli, comme je le faisais encore à cette époque. La malade fut prise de douleur et d'agitation extrêmes, avec fréquence et

petitesse du pouls, et mourut en 36 heures. Dès lors mon éducation était faite, et je dis maintenant qu'il faut laisser les tampons huit jours. Il n'y a pas d'inconvénients ; les tampons iodoformés n'ont pas d'odeur après une semaine.

Je dis aussi que les premières injections, pendant deux jours, doivent être fort douces et faites avec de l'eau bouillie, exclusivement. Le sublimé viendra ensuite, pour entretenir l'asepsie du vagin et mieux traiter la plaie. Même au bout de huit jours, le sublimé n'est pas sans danger ; je le prouverai par un fait récent qui est venu mal à propos charger ma statistique, et dont je suis bien innocent. Le 18 janvier 1896, j'opère dans les meilleures conditions une femme de 34 ans qui portait un fibrome. Suites normales, apyrexie parfaite ; aucun incident ne survient, et l'opérée n'était pas de celles qui, pendant les premiers jours, donnent quelques inquiétudes et sont en bonne voie au bout d'une semaine. La guérison était parfaitement acquise, lorsqu'au bout de huit jours les tampons furent enlevés, non par une infirmière à moi connue, bien stylée et dans laquelle j'ai confiance, mais par une autre que j'ignorais ; une injection fut faite au sublimé, malgré mes instructions. Aussitôt douleur vive, altération du facies, petitesse et fréquence du pouls, mort le lendemain. Il est donc impossible, à n'importe quel moment, de se fier aux adhérences, tant qu'on n'a pas laissé la plaie revenir sur elle-même, et voilà pourquoi le sublimé est absolument défendu pendant les premières injections.

Il me paraît, d'autre part, qu'une injection douce d'eau bouillie au bout de huit jours ne pourra jamais faire de mal. Aussi n'est-il pas utile d'aller d'un excès à l'autre, et de laisser les tampons trois semaines, comme je l'ai entendu proposer. Même si le péritoine n'en est pas affecté, je ne vois pas la nécessité de laisser pourrir si longtemps ce qu'on a mis dans le vagin ; cela ne peut qu'entretenir la suppuration et retarder le travail cicatriciel. De plus, les tampons retirés trop tard sont enclavés, se déchirent, laissent des lambeaux, et quelques malades viennent se plaindre d'une suppuration

prolongée au delà du terme ordinaire, dont la cause est un fragment de gaze ou d'ouate emprisonné dans la plaie.

J'en ai fini avec les détails que je voulais indiquer sommairement. Il est bien difficile de tout décrire, et chaque auteur, en pratiquant, doit se rompre à toutes ces difficultés, minimes en apparences, mais dont nulle n'est à mépriser. Je dis même souvent qu'on n'est bien muni contre une faute qu'après l'avoir commise ; mais je ne crois pas que ceci nous dispense de signaler celles que nous avons faites, pour aider les autres à s'en préserver.

Il est bien entendu que j'ai décrit ma pratique personnelle, et que je n'ai pas la prétention de la donner comme le seul modèle à suivre. Chaque main se dirige à sa façon; mais les principes qui la conduisent ne doivent pas varier, ils sont les mêmes pour tous ceux qui veulent réussir. Je le dis en pensant à bien des idées que j'ai entendu émettre, à bien des mots que j'ai entendu répéter depuis que ces questions sont à l'étude, à bien des procédés étranges, imparfaits, aventureux ou qui me paraissent tels, dont j'ai lu la description appuyée sur des documents peu nombreux, mais auxquels je ne voudrais pas opposer une fin de non-recevoir, si leur valeur peut être un jour démontrée, si nous pouvons leur faire au moins quelques emprunts.

Je termine par où j'ai commencé : il n'est plus permis aujourd'hui de se poser en laparotomiste, en partisan exclusif de la voie vaginale, en admirateur de la simple incision. Tout bon esprit doit voir la question dans son ensemble, et donner place à chacune des trois méthodes. J'ai montré mes préférences pour l'hystérectomie vaginale, méthode de choix contre les suppurations pelviennes; j'ai défini les indications de la laparotomie, méthode de conservation chez les femmes jeunes; enfin, j'ai limité le rôle de l'incision directe aux cas aigus de la période puerpérale, et au traitement de quelques foyers simples. C'est ainsi qu'à mon avis elles se subordonnent; sauf quelques nuances dans leur application, c'est ainsi, je pense, que l'avenir les jugera.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE, TENU A GENÈVE DU 31 AOUT AU 5 SEPTEMBRE 1896.

Le succès du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, dont la première session avait eu lieu à Bruxelles en 1892, s'est affirmé dans cette deuxième session; 393 congressistes, venus de tous les pays, avaient répondu à l'appel du comité chargé de l'organiser. Par suite de la mort inopinée de M. Vulliet, M. Auguste Reverdin a été nommé président. C'est sous sa direction et avec l'aide de MM. Bétrix et Cordes, secrétaires généraux, que le Congrès actuel a été organisé. Rien n'a été épargné pour rendre aux étrangers leur séjour aussi agréable que possible et les congressistes n'ont eu qu'à se louer de la bonne hospitalité des Génevois.

Nous ne nous permettrons d'exprimer qu'un léger desideratum, facile à combler dans les congrès futurs. Ne serait-il pas possible d'imprimer et de distribuer les rapports quelques jours avant l'ouverture du congrès? Outre que leur lecture, faite au cours de séances aussi chargées que celles du présent congrès, semble un peu longue, leur distribution préalable permettrait aux discussions d'avoir une base plus sérieuse. On discuterait les rapports au lieu de faire des communications successives qui n'en tiennent aucun compte.

Ceci dit, arrivons au compte rendu même des séances, laissant de côté l'inauguration officielle où nous avons, selon l'usage, entendu les souhaits obligatoires de bienvenue et les cordiaux remerciements des délégués de divers pays. Le président de la Confédération helvétique, M. Lachenal, avait honoré de sa présence le Congrès et son allocution, prononcée sur un ton de réelle bonhomie, a laissé à tous une impression charmante.

La prochaine session aura lieu à Amsterdam en 1899.

I. — GYNÉCOLOGIE.

PREMIÈRE QUESTION

Traitement des suppurations pelviennes.

BOUILLY (Paris), *rapporteur.* — L'énoncé même de la question proposée au Congrès me dispense de toute considération préalable sur les traitements médicaux ou conservateurs dans les affections des annexes de l'utérus; il supprime d'emblée toutes les discussions encore pendantes entre les partisans de l'abstention et ceux de l'intervention; car je pense que tout le monde est d'accord pour obéir, dans l'abdomen et le bassin aussi bien que dans toute autre région de l'économie, au vieux précepte hippocratique et pour intervenir en temps utile *dès que la présence du pus est constatée.* Le traitement des *suppurations pelviennes* est donc un traitement essentiellement chirurgical; le principe de l'intervention est universellement admis et ne saurait être discuté; c'est donc ici les meilleurs modes d'intervention que nous avons à étudier.

Il est peu de questions en pathologie et en thérapeutique qui, en si peu d'années, aient marché d'un pas aussi rapide et provoqué l'éclosion de travaux aussi nombreux et aussi importants (1). Depuis le mémorable rapport de mon collègue Segond, au Congrès de Bruxelles de 1892, et les importantes communications qui l'ont accompagné, le traitement des suppurations du bassin chez la femme est entré dans une phase nouvelle. La méthode de traitement exposée pour la première fois par Péan au Congrès de Berlin, en 1890, a suscité tant de travaux et de discussions, que votre rapporteur ne saurait même vous en présenter une énumération; il n'a eu qu'à glaner dans la riche moisson de faits qui se sont accumulés de tous les côtés et à en faire la gerbe d'honneur qui marque la fin de la récolte. Je ne saurais cependant passer sous silence trois noms intimement liés à l'his-

(1) Parmi les travaux les plus remarquables et les plus complets sur ce sujet, il faut citer la Thèse de BAUDRON, Paris 1894 : *De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus (opération de Péan)*, et le traité de L. et TH. LANDAU, Berlin, 1896 : *Die vaginale Radical-Operation, Technik und Geschichte.*

toire de la nouvelle opération : Péan qui l'a imaginée, Segond qui l'a vulgarisée, Doyen qui en a donné la meilleure technique.

D'un autre côté, grâce aux progrès toujours croissants de l'asepsie et de l'antisepsie, grâce aussi à l'emploi presque systématique du plan incliné dans les opérations abdominales et aussi à l'habileté de plus en plus grande des opérateurs, la laparotomie a acquis un degré de perfection qu'il sera difficile de dépasser. Enfin, d'anciennes méthodes de traitement peu employées et peut-être trop délaissées, telles que l'incision vaginale, ont repris un regain d'actualité et de vigueur et se sont montrées dignes d'entrer en parallèle avec d'autres méthodes devant lesquelles elles semblaient devoir s'effacer.

Le but de notre tâche sera de résumer les résultats de l'expérience acquise dans ces trois dernières années, de montrer le chemin parcouru, et, sans parti pris, de tirer des travaux de tous et de notre expérience personnelle les conclusions pratiques qui nous paraissent découler de la mise au point de la question.

Vous me pardonnerez si je reprends, et peut-être quelquefois sous la même forme, nombre d'arguments qui ont été déjà fournis; je ne suis et ne dois être qu'un écho, et, dans le cours de ce rapport, tout entier fait de vos travaux, chacun pourra au passage saluer et reconnaître son bien.

I

On ne saurait aborder utilement le traitement des suppurations pelviennes sans une étude préalable du *siège* de la suppuration et des éléments de diagnostic qui permettent de reconnaître la *présence du pus*. De ce double diagnostic dépendent l'indication opératoire et le choix de la méthode de traitement.

Les suppurations pelviennes, considérées au point de vue de l'intervention chirurgicale, peuvent être classées de la façon suivante :

a) Abcès du tissu cellulaire, paramétrite, phlegmon péri-utérin.

b) Abcès des trompes ou des ovaires, pyo-salpingites et ovarites suppurées.

c) Abcès péritonéaux primitifs, pelvi-péritonites, hématocèles suppurées.

d) Suppurations *complexes* dans lesquelles ces divers organes peuvent prendre simultanément part à la constitution des collections purulentes, ou celles-ci se compliquer de fistules s'ouvrant soit à la peau, soit dans les organes creux du voisinage.

Il serait oiseux d'entrer ici dans les détails de pathologie et d'anatomie pathologique bien connus de tous, ayant trait à ces diverses suppurations; mais il me paraît nécessaire de chercher *la caractéristique* de chacune de ces suppurations.

a) La *paramétrite*, le phlegmon péri-utérin suppuré, véritable abcès du tissu cellulaire pelvien, représente une tuméfaction développée le plus souvent avec le cortège ordinaire des affections aiguës; la collection siège sur le bord immédiat de l'utérus avec lequel elle est confondue, sans sillon intermédiaire, élargissant la base du ligament large, faisant un relief plus ou moins marqué dans le cul-de-sac vaginal latéral et pouvant empiéter sur la face antérieure de l'utérus (phlegmon de la gaine hypogastrique de Delbet); dans une autre forme, elle est située plus haut, éloignée de l'utérus, ayant tendance à se rapprocher de la paroi abdominale sus-inguinale à la profondeur de laquelle elle semble soudée (abcès du ligament large). Dans les deux cas, quel que soit le volume de la collection, le *cul-de-sac péritonéal est conservé* et le doigt peut s'insinuer derrière la tuméfaction. La fluctuation est en général facile à percevoir par le palper et le toucher combinés.

La fièvre est toujours vive, la température beaucoup plus élevée que dans les abcès enkystés des trompes ou des ovaires; la réaction péritonéale ne se montre guère qu'à la période avancée des accidents, au moment de la menace de l'ouverture spontanée de la collection. Celle-ci a tendance à s'ouvrir dans le vagin, le rectum, la vessie ou à venir faire saillie à la paroi abdominale, de préférence au-dessus du triangle de Scarpa, à 2 ou 3 centimètres de l'arcade crurale. Elle peut se compliquer de fusées vers la cuisse, la fesse, le grand trochanter ou en haut vers le foie, les reins, le diaphragme.

Dans tous ces cas, le diagnostic de la suppuration n'est guère difficile; la douleur continue et lancinante, la fièvre avec ses frissons, son redoublement vespéral, ses sueurs abondantes, la déchéance rapide de l'état général, enfin la fluctuation facile à percevoir, soit par le palper seul, soit plus souvent par le palper

et le toucher combinés, ne permettent guère de méconnaître la présence du pus.

Après ces graves accidents, le plus souvent les femmes se rétablissent d'une manière complète; les fonctions génitales s'exécutent normalement et des grossesses consécutives peuvent se produire et être conduites à terme sans encombre.

La chose est plus délicate dans les formes *chroniques* de l'abcès pelvien du tissu cellulaire. La suppuration peu abondante, quasi-concrète, peut se trouver renfermée dans une cavité profonde circonscrite de toutes parts par des tissus indurés, épaissis, lardacés à travers lesquels il n'est pas possible de percevoir de fluctuation. L'apparence est plus souvent celle d'une tumeur que d'une suppuration; toute la masse est collée, adhérente et confondue avec les tissus voisins. Un pareil état peut durer des mois et des années sans donner lieu à autre chose qu'à des douleurs vagues et irrégulières, et à des poussées fébriles mal réglées et à intermittence irrégulière. C'est à l'occasion d'une de ces poussées fébriles avec augmentation de la douleur et de la tuméfaction que l'abcès est recherché et reconnu. Le diagnostic s'impose, s'il y a coïncidence d'une fistule vaginale ou cutanée ou d'un écoulement purulent par un des organes du voisinage. La difficulté est portée à son maximum quand, avec le tissu cellulaire pelvien, les annexes et le péritoine ont participé à l'infection. Un élément important de diagnostic est fourni par la sensation de dureté *ligneuse* donnée par le tissu chroniquement enflammé de la base des ligaments larges, par l'induration propagée le long des branches ischio-pubiennes, par la dureté de la paroi abdominale antérieure. Les pelvi-péritonites chroniques d'origine annexielle, les collections tubaires et salpingées les plus anciennes et les plus adhérentes, ne donnent pas lieu à une pareille induration des tissus. Du reste, et même en cas de doute, l'indication opératoire est formelle et l'opération s'impose, quel que soit le siège initial de la suppuration.

b) On ne saurait confondre, dans une même description, les divers types de la suppuration des trompes. Que de nuances et de différences dans l'aspect et la disposition des diverses collections tubaires. Un cordon noueux, bosselé, du volume d'un crayon ou d'un doigt, se dirigeant en dehors et en bas, plus mince en général près des bords de l'utérus, augmentant de volume de

dedans en dehors, ou couché transversalement derrière le col utérin, représentera la salpingite parenchymateuse suppurée, dans laquelle les parois épaissies forment la plus grande partie de la tuméfaction, et où la cavité petite, rétrécie et oblitérée par places, ne contient que quelques gouttes de pus ou bien une petite collection enfermée dans les franges du pavillon ou circonscrite en dehors par des adhérences et des fausses membranes.

Le toucher et le palper combinés ne permettent de sentir qu'une tuméfaction mal limitée, dans laquelle il est impossible, le plus souvent, de distinguer l'ovaire de la trompe et où le doigt vaginal fait sentir une bosselure plus rénitente et plus dépressible.

L'épaississement des tissus autour de cette tuméfaction, son immobilité, sont des signes importants, traduisant des phénomènes inflammatoires accentués et anciens et tout à fait favorables à l'idée d'une suppuration enkystée de la trompe.

Le volume plus considérable de la masse, la fluctuation facile à percevoir, la régularité appréciable des contours, appartiennent aux pyo-salpinx de moyen volume ainsi qu'aux ovarites suppurées. Une petite pomme, une mandarine, une orange, en représentent les dimensions ordinaires.

Le cul-de-sac postéro-latéral, plus rarement le cul-de-sac postérieur seul, l'un des bords de l'utérus, à un niveau plus ou moins élevé, en sont le siège ordinaire. Souvent, l'une des tumeurs latérales est franchement ramollie et fluctuante, tandis que l'autre est encore résistante et ferme; souvent l'une des lésions est située haut et au niveau de l'une des cornes utérines, tandis que l'autre est plongée dans le cul-de-sac postérieur ou déforme le cul-de-sac latéral : pyo-salpinx collecté d'un côté, salpingite en voie de développement du côté opposé : toutes les combinaisons sont possibles.

Enfin, dans les volumineux pyo-salpinx, les signes sont beaucoup plus manifestes : la collection peut être assez volumineuse pour que, chez des femmes maigres, la paroi abdominale soit soulevée en un point, dans une des fosses iliaques en général, et fasse saillie comme dans un kyste de l'ovaire ; le palper seul et, a *fortiori*, le palper et le toucher, y déterminent une fluctuation évidente et y font reconnaître, par places, des points plus durs et douloureux. Tout le bassin est plein : l'utérus est difficile à délimiter ; les culs-de-sac sont effacés.

Presque toujours, pourtant, le doigt ou l'ongle peut légèrement s'insinuer entre le col et la masse adjacente.

Petites salpingites parenchymateuses suppurées, petits ou moyens pyo salpinx, grosses collections tubaires ou ovariennes, un lien clinique réunit toutes ces lésions d'apparence si différente et permet d en faire le diagnostic; à chacune d'elles correspond une même histoire clinique, sans laquelle les signes seraient souvent insuffisants pour permettre de reconnaître la nature de la lésion. La connaissance d'un passé génital plus ou moins ancien, la persistance des symptômes et des signes, les poussées inflammatoires à répétition, l'augmentation de volume ou l'absence de diminution des tuméfactions, la déchéance de l'état général, ne permettent guère de méconnaître la suppuration dans les cas chroniques.

Dans quelques cas, la suppuration tubaire peut s'être faite d'une façon latente et, à la première poussée fébrile de pelvi-péritonite, on reconnait une grosse collection qui ne s'était traduite par aucun phénomène clinique; l'examen des pièces enlevées ne permet pas de méconnaître la date éloignée du début, en faisant reconnaître des lésions dont le développement est bien antérieur aux phénomènes aigus qui ont précédé l'intervention. La présence du pus ne peut guère être alors que soupçonnée, et la nature même de la lésion peut être méconnue si les annexes du côté opposé ne sont pas en même temps atteintes.

Le diagnostic de la présence du pus est plus simple dans les cas où, parallèlement à la marche des symptômes généraux, on peut suivre le développement d'une masse péri-utérine qui, en quelques jours ou quelques semaines, arrive au ramollissement et à la fluctuation.

Sans vouloir faire un recul ni méconnaître l'importance capitale des lésions annexielles sur la production de la péritonite pelvienne, il est impossible de ne pas admettre une *pelvi-péritonite primitive* dans laquelle l'infection se propage directement au péritoine, sans passer par la trompe. La puerpéralité et la gonorrhée sont les causes ordinaires de cette infection; j'ai eu l'occasion d'inciser une abondante collection péritonéale suppurée chez une jeune femme ayant subi auparavant, par la laparotomie, l'ablation bilatérale des annexes.

L'utérus était redevenu le siège d'une nouvelle gonorrhée et le péritoine pelvien était rempli de pus.

dedans en dehors, ou couché transversalement derrière le col utérin, représentera la salpingite parenchymateuse suppurée, dans laquelle les parois épaissies forment la plus grande partie de la tuméfaction, et où la cavité petite, rétrécie et oblitérée par places, ne contient que quelques gouttes de pus ou bien une petite collection enfermée dans les franges du pavillon ou circonscrite en dehors par des adhérences et des fausses membranes.

Le toucher et le palper combinés ne permettent de sentir qu'une tuméfaction mal limitée, dans laquelle il est impossible, le plus souvent, de distinguer l'ovaire de la trompe et où le doigt vaginal fait sentir une bosselure plus rénitente et plus dépressible.

L'épaississement des tissus autour de cette tuméfaction, son immobilité, sont des signes importants, traduisant des phénomènes inflammatoires accentués et anciens et tout à fait favorables à l'idée d'une suppuration enkystée de la trompe.

Le volume plus considérable de la masse, la fluctuation facile à percevoir, la régularité appréciable des contours, appartiennent aux pyo-salpinx de moyen volume ainsi qu'aux ovarites suppurées. Une petite pomme, une mandarine, une orange, en représentent les dimensions ordinaires.

Le cul-de-sac postéro-latéral, plus rarement le cul-de-sac postérieur seul, l'un des bords de l'utérus, à un niveau plus ou moins élévé, en sont le siège ordinaire. Souvent, l'une des tumeurs latérales est franchement ramollie et fluctuante, tandis que l'autre est encore résistante et ferme; souvent l'une des lésions est située haut et au niveau de l'une des cornes utérines, tandis que l'autre est plongée dans le cul-de-sac postérieur ou déforme le cul-de-sac latéral : pyo-salpinx collecté d'un côté, salpingite en voie de développement du côté opposé : toutes les combinaisons sont possibles.

Enfin, dans les volumineux pyo-salpinx, les signes sont beaucoup plus manifestes; la collection peut être assez volumineuse pour que, chez des femmes maigres, la paroi abdominale soit soulevée en un point, dans une des fosses iliaques en général, et fasse saillie comme dans un kyste de l'ovaire; le palper seul et, *a fortiori*, le palper et le toucher, y déterminent une fluctuation évidente et y font reconnaître, par places, des points plus durs et douloureux. Tout le bassin est plein; l'utérus est difficile à délimiter; les culs-de-sac sont effacés.

Presque toujours, pourtant, le doigt ou l'ongle peut légèrement s'insinuer entre le col et la masse adjacente.

Petites salpingites parenchymateuses suppurées, petits ou moyens pyo salpinx, grosses collections tubaires ou ovariennes, un lien clinique réunit toutes ces lésions d'apparence si différente et permet d en faire le diagnostic; à chacune d'elles correspond une même histoire clinique, sans laquelle les signes seraient souvent insuffisants pour permettre de reconnaître la nature de la lésion. La connaissance d'un passé génital plus ou moins ancien, la persistance des symptômes et des signes, les poussées inflammatoires à répétition, l'augmentation de volume ou l'absence de diminution des tuméfactions, la déchéance de l'état général, ne permettent guère de méconnaître la suppuration dans les cas chroniques.

Dans quelques cas, la suppuration tubaire peut s'être faite d'une façon latente et, à la première poussée fébrile de pelvi-péritonite, on reconnaît une grosse collection qui ne s'était traduite par aucun phénomène clinique; l'examen des pièces enlevées ne permet pas de méconnaître la date éloignée du début, en faisant reconnaître des lésions dont le développement est bien antérieur aux phénomènes aigus qui ont précédé l'intervention. La présence du pus ne peut guère être alors que soupçonnée, et la nature même de la lésion peut être méconnue si les annexes du côté opposé ne sont pas en même temps atteintes.

Le diagnostic de la présence du pus est plus simple dans les cas où, parallèlement à la marche des symptômes généraux, on peut suivre le développement d'une masse péri-utérine qui, en quelques jours ou quelques semaines, arrive au ramollissement et à la fluctuation.

Sans vouloir faire un recul ni méconnaître l'importance capitale des lésions annexielles sur la production de la péritonite pelvienne, il est impossible de ne pas admettre une *pelvi-péritonite primitive* dans laquelle l'infection se propage directement au péritoine, sans passer par la trompe. La puerpéralité et la gonorrhée sont les causes ordinaires de cette infection; j'ai eu l'occasion d'inciser une abondante collection péritonéale suppurée chez une jeune femme ayant subi auparavant, par la laparotomie, l'ablation bilatérale des annexes.

L'utérus était redevenu le siège d'une nouvelle gonorrhée et le péritoine pelvien était rempli de pus.

Dans ce cas, le maximum des signes est au cul-de-sac postérieur; le Douglas est déprimé, saillant vers le vagin; l'utérus est refoulé en avant, en général possible à palper au-devant de la collection, ayant souvent son fond déjeté sur un des côtés ; il n'existe pas, entre sa face postérieure et la tuméfaction, le moindre sillon intermédiaire dans lequel l'ongle puisse s'insinuer. La face postérieure de l'organe forme la face antérieure de la collection.

Le diagnostic du *siège* et de la *nature* de la tuméfaction ne saurait être fondé sur la simple constatation des signes physiques. Les circonstances dans lesquelles s'est développée l'affection (puerpéralité, gonorrhée aiguë), l'intensité des phénomènes généraux, sont des éléments d'appréciation indispensables.

Les mêmes considérations doivent s'appliquer aux hématocèles suppurées qui constituent de véritables abcès péritonéaux primitifs.

Enfin, il est nécessaire d'admettre des *suppurations pelviennes complexes*, dans lesquelles les divers organes et les divers tissus de la région prennent part à la constitution des collections purulentes. Sous ce titre, on peut ranger : 1° la suppuration du tissu cellulaire péri-utérin en même temps que celle de l'un ou des deux ovaires ; 2° la suppuration d'une trompe compliquée d'un abcès péritonéal enkysté au voisinage du pavillon ou enfermé dans les fausses membranes, dans la région du cul-de-sac de Douglas ; 3° l'ouverture des collections purulentes dans un des organes creux du voisinage ou à la peau, ou, simultanément, dans divers points, et, en pareil cas, un état phlegmoneux chronique du tissu cellulaire péri-utérin et pelvien, en coïncidence avec une tumeur fluctuante tubaire, ou ovarique, à tension variable avec son contenu et avec l'état de réplétion ou de vacuité ; 4° plus rarement une suppuration péritonéale aiguë par rupture ou effusion du contenu du pyo-salpinx.

*
* *

Quelle que soit la disposition anatomique, simple ou compliquée, la présence du pus impose la nécessité de l'intervention, soit d'urgence, soit à *froid*, avec le choix du moment de l'intervention. Abandonner à l'ouverture spontanée une paramétrite suppurée, laisser dans l'abdomen une trompe ou un ovaire puru-

lent, c'est compromettre le présent et engager l'avenir. La notion de la suppuration entraîne l'indication opératoire.

Les trois grandes méthodes de traitement des suppurations pelviennes sont : 1° l'*incision simple* suivie de drainage, pratiquée par la paroi abdominale ou par la paroi vaginale; 2° l'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par la *laparotomie;* 3° l'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par le vagin, grâce à l'*hystérectomie vaginale,* avec ou sans morcellement de l'utérus.

Malgré l'habile plaidoyer de notre très regretté collègue Vulliet (1), et en dépit des quelques succès obtenus, soit par la ponction simple, soit par la ponction suivie de lavages au sublimé ou d'injection iodée (2), je rejette absolument la ponction comme méthode de traitement des suppurations pelviennes. On ne voit guère les circonstances qui peuvent exiger ou autoriser cette manœuvre, actuellement réprouvée pour toutes les collections suppurées. Elle ne peut être considérée que comme un moyen de diagnostic dans les cas douteux. La ponction n'est que le premier temps du traitement par incision pratiquée sur le trocart-aspirateur resté en place et servant de guide. Tout au plus peut-elle être considérée comme un moyen de traitement contre les exsudats séreux de la pelvi-péritonite ou de l'hydro-salpingite, sujet dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

L'*incision simple* ne saurait être discutée dans le traitement des abcès chauds du tissu cellulaire de la cavité pelvienne; elle a fait ses preuves et remplit toute l'indication. Pratiquée par la voie *abdominale,* tantôt elle représente la simple ouverture évacuatrice des collections devenues superficielles du phlegmon de la fosse iliaque; tantôt, grâce au procédé de la *laparotomie sous-péritonéale* de Pozzi, elle va chercher et ouvrir des collections encore profondément situées dans le bassin.

Dans certains cas de phlegmon chronique du tissu cellulaire

---

(1) *Congrès de gynécologie de Bruxelles,* 1892.

(2) Le Dentu. *Arch. d'obstétrique et de gynéc.,* 1892.
Nitot. *Soc. obstétric. et gynéc.,* 5 mai 1892.
Routh. *Répert. univers. d'obst. et de gynéc.,* 1889, etc.
Duret. *Journ. des Sc. méd. de Lille,* 1893.
Hervot. Thèse, Paris, 1887.

pelvien, avec épaississement lardacé et induration des tissus de la paroi, l'incision, pratiquée, de préférence, sur la ligne médiane, permet d'atteindre et d'ouvrir un petit foyer purulent sus ou rétro-pubien, perdu dans la profondeur et capable d'entretenir, pendant un temps indéfini, des phénomènes locaux et généraux, à poussées récidivantes, pouvant simuler une affection des annexes.

L'incision *vaginale* représente le traitement de choix dans les abcès *aigus* du tissu cellulaire pelvien, de la gaine hypogastrique, ou dans les collections du ligament large dont le relief se prononce surtout vers la face postérieure; par le toucher et le palper combinés, il est facile de déterminer un point saillant, ramolli et fluctuant, qui impose le siège de l'incision.

Il n'est pas besoin non plus d'arguments pour démontrer l'excellence de l'incision vaginale et du cul-de-sac péritonéal postérieur, pour l'ouverture de certaines *pelvi-péritonites suppurées* d'origine puerpérale, post-abortive, ou même gonorrhéique, dans lesquelles les annexes sont peu ou ne sont pas touchées et où la simple évacuation du pus suffit à donner une guérison rapide (1). La même remarque s'applique aux hématocèles rétro-utérines suppurées. Enfin, dans quelques cas d'infection péritonéale post-opératoire, quand de la sérosité ou du sang accumulés dans le bassin se vident mal par un drainage antérieur, suppurent et donnent lieu à de l'infection, une incision du cul-de-sac suivie de drainage et de lavage peut faire tomber les accidents les plus graves comme par enchantement.

Le plupart des cas heureux traités par l'incision vaginale se rapportent à des suppurations de ce genre, péritonéales, hématiques ou cataloguées sous le nom un peu vague de périmétrite postérieure. Ces cas doivent être nettement distingués et se prêtent à merveille à la méthode en question, dont ils constituent la meilleure indication.

La question est plus complexe quand il s'agit de l'incision vaginale appliquée au traitement de suppurations enkystées de *la trompe* ou de *l'ovaire*. A l'école de Lyon revient le mérite d'avoir tenté la réhabilitation et la généralisation de cette ancienne mé-

(1) SYNÉPHIAS. Thèse, Paris, 1894. *Suppurations péri-utérines post-puerpérales ou post-abortives et de leur traitement par l'élytrotomie.*

thode, dont une meilleure application a donné des succès qui ne sauraient être contestés. Laroyenne et ses élèves Blanc (1), Goullioud (2), plus récemment M. Vincent et son élève La Bonnardière (3), ont cherché à généraliser cette méthode et à en faire presque le traitement unique des suppurations pelviennes. Les cas très nombreux de guérison rapportés par ces auteurs et les grossesses nettement constatées après cette intervention par Goullioud, semblent bien faits pour imposer la réflexion et provoquer un retour vers cette méthode.

La méthode de Laroyenne (4), qui consiste en un large, et quelquefois multiple, débridement par le cul-de-sac postérieur, conviendrait aux collections inflammatoires diverses du petit bassin, pourvu qu'elles forment une poche qu'on puisse atteindre par le milieu ou les côtés du cul-de-sac de Douglas. Outre les bons résultats fournis dans les suppurations péritonéales et paramétritiques, elle donnerait des succès durables dans le pyo-salpinx, adhérent au fond du bassin et dans beaucoup de cas de collections multiples. Sa bénignité est considérable, la mortalité n'étant guère que de 2 à 3 pour 100, en tenant compte des cas imprévus, où la mort survient par suite d'une erreur de diagnostic, d'une opération secondaire ou d'une opération trop tardive (Goullioud).

Avec des affirmations de ce genre, émanant d'hommes aussi considérables et aussi autorisés que nos distingués collègues lyonnais, et en tenant compte des faits nouveaux publiés d'autre part, cette intervention ne saurait être regardée comme une quantité négligeable. Tous nos efforts actuels doivent donc tendre à préciser ses indications et les limites de son action.

---

(1) ED. BLANC. Thèse, Lyon, 1887. *De l'inflammation péri-utérine avec épanchements latents de nature purulente, séreuse ou hématique.*

(2) GOULLIOUD. Débridement vaginal des collections pelviennes. *Congrès français de chirurgie*, 1889, et *Congrès de gynécologie*, Bruxelles, 1892. *Congrès français de chirurgie*, 1894.

(3) LA BONNARDIÈRE. Du traitement des collections pelviennes par l'élytrotomie postérieure interligamentaire et le drainage pelvien par un drain double à pavillon d'arrêt. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, janvier et février 1896.

(4) LAROYENNE. De la péritonite chronique compliquée d'un épanchement latent de nature purulente, séreuse ou hématique. *Lyon médical*, 21 février 1886.

Dans un autre travail (1), j'avais réservé l'incision vaginale, dans le traitement des salpingo-ovarites suppurées, aux poches unilatérales, à parois peu épaisses, facilement fluctuantes, bas situées sur les côtés de l'utérus, ou pouvant être amenées par la pression hypogastrique au contact de la paroi vaginale. Je la conseillais surtout dans les suppurations *aiguës* de l'ovaire ou de la trompe, s'accompagnant d'un état général grave et dans lesquelles la virulence exaltée du pus contre-indique une laparotomie ou une hystérectomie d'emblée.

Cette dernière donnée a été admise presque généralement, et sa mise en pratique a été suivie des résultats immédiats les plus heureux, la laparotomie faite en plein milieu d'accidents septiques et avec un pus fétide donnant encore une proportion de mortalité considérable.

Des faits nouveaux sembleraient permettre d'étendre aujourd'hui ces indications et d'attaquer à *froid* des collections tubaires ou ovariennes suppurées siégeant dans le cul-de-sac postérieur ou dans un des culs-de-sac latéraux. La thèse de Rodriguez (2), faite sous l'inspiration de M. Tuffier, renferme 16 cas de salpingites suppurées avec 14 guérisons, 1 mort par embolie (?), 1 fistule persistante; la thèse de Rosenblat en relate 4 cas guéris; dans le travail de La Bonnardière, on trouve rapportés 80 faits tirés de la pratique de M. Vincent et suivis de guérison. Il y a lieu de remarquer que, parmi ces derniers, un grand nombre ont trait à des hématocèles, à des pelvi-péritonites, à des périmétrites.

Pour l'auteur de ce dernier travail, « toute collection pelvienne suppurée, accessible par le cul-de-sac postérieur et ayant résisté au traitement médical, est justiciable de l'élytrotomie interligamentaire postérieure, suivie de drainage ».

Cette formule, si absolue en apparence, ne s'éloigne pas sensiblement des règles que nous avons nous-même indiquées, car elle se trouve singulièrement amendée par cette restriction que, pour intervenir et par définition, l'auteur entend que « le pus soit collecté et que la collection soit accessible par le cul-de-sac postérieur ». Les indications n'ont donc pas sensiblement été modi-

(1) *Bull. de la Société de chir.*, 2 juillet 1890.

(2) RODRIGUEZ. *De l'incision du cul-de-sac postérieur et du drainage para-utérin dans les suppurations et hématomes pelviens.* Thèse, Paris, 1895.

fiées; appliquée au traitement des collections tubaires ou salpingiennes, l'incision vaginale ne sera de mise que : 1° si cette collection est facilement accessible par le cul-de-sac postérieur; 2° si elle peut être évacuée en totalité et ne représente que des lésions peu compliquées dans leur disposition. C'est en s'éloignant de ces données qu'on s'expose à faire des incisions vaginales blanches et à ne reculer que de quelques jours une intervention radicale qui aurait pu être plus utilement faite d'emblée.

Le progrès le plus sensible a été réalisé dans la technique opératoire; déjà Pozzi (1), Reverdin (2), puis Segond, Doyen (3) ont insisté sur l'inutilité et les dangers du trocart et du métrotome de Laroyenne; tous les chirurgiens aujourd'hui incisent franchement le cul-de-sac postérieur et la collection à l'aide du bistouri ou des ciseaux (Vincent, de Lyon). Les seuls préceptes utiles à retenir sont que l'incision doit toujours être placée dans le cul-de-sac postérieur, même quand il s'agit d'une collection latérale, et ne pas dépasser 3 à 4 centimètres d'étendue transversale; que l'ouverture de la collection doit être aussi large que possible et souvent complétée par l'introduction du doigt ou d'un instrument dilatateur, et qu'elle doit être suivie d'un drainage longtemps gardé en place. Nous préférons l'incision transversale et nous ne voyons pas nettement les avantages de l'élytrotomie postérieure interligamentaire de Boisleux. Cette incision antéro-postérieure représente une boutonnière mal disposée pour l'écoulement du pus; et l'intégrité des ligaments utéro-sacrés n'a guère besoin d'être respectée quand une périmétrite postérieure a induré, épaissi le péritoine rétro-utérin et, le plus souvent, comblé le Douglas.

La question du drainage est beaucoup plus importante en pareil cas que le sens de l'incision; l'absence ou le retard de guérison, la persistance des fistules, les accidents de rétention reconnaissant le plus souvent pour cause une mauvaise évacuation. Celle-ci doit être assurée par la pose d'un gros tube en croix ou du drain double à pavillon de Vincent; le tamponnement de la poche à la gaze iodoformée ne peut être considéré comme utile

(1) *Bull. Soc. chir.*, 1886.

(2) *Ibid.*, 1888.

(3) Congrès de Bruxelles.

que pendant les premières 24-36 heures, pour assurer l'hémostase des bords de l'incision. Au bout de ce temps, il est retiré pour ne plus être renouvelé et le tube est laissé en place jusqu'à ce qu'il n'y ait plus qu'un écoulement insignifiant.

Tandis que MM. Laroyenne et Goullioud proscrivent d'une façon générale les injections dans la cavité suppurante et les réservent aux vastes poches, à sécrétion très abondante, à coque peu rétractile, M. Vincent recommande des irrigations antiseptiques quotidiennes et abondantes de la cavité purulente par l'intermédiaire des drains.

Des statistiques étendues font encore défaut aujourd'hui pour juger de la valeur de l'incision vaginale dans le traitement des collections tubaires ou ovariennes. On peut la considérer comme une méthode utile et définitivement curative dans un certain nombre de cas, peu nombreux, que j'ai eu soin de spécifier; comme une ressource précieuse, dans des cas aigus, où une intervention plus importante pourrait être trop grave; et comme une opération *d'attente* et *d'essai*, sans inconvénients ni dangers, pour une ablation radicale ultérieure.

C'est avec la même réserve, et en la considérant comme une méthode d'exception, que nous plaçons ici, à la suite toute naturelle de l'incision vaginale, l'*extirpation par le vagin* de petits pyo-salpinx ou de petites ovarites suppurées.

Supprimer la cicatrice abdominale, conserver l'utérus et les annexes du côté opposé, tel est le but et le rôle idéal de cette opération. Malheureusement les conditions favorables à ce genre d'intervention sont pour ainsi dire exceptionnelles: un vagin large et extensible, une petite tumeur unilatérale, ne dépassant guère le volume d'un œuf ou d'une mandarine située dans le cul-de-sac de Douglas ou près du bord inférieur de l'utérus, peu adhérente, non entourée de tissus épaissis et indurés, une bonne attitude de l'utérus [illegible] telles sont ces conditions, rares [illegible] l'opération n'est indiquée [illegible]

[illegible] est rare; elle est [illegible] la salpingite [illegible] ou l'ovarite kys- [illegible] cette opération [illegible] unilatérales, les

adhérences et la fusion avec les tissus voisins réclament de préférence l'incision vaginale simple ou la laparotomie; la même contre-indication existe si les annexes sont élevées, situées près du fond de l'utérus ou rapprochées de l'enceinte osseuse pelvienne. Sur un très grand nombre de malades je n'ai trouvé que six cas de pyo-salpinx ou d'ovarites suppurées présentant les conditions requises. Plusieurs fois, j'ai dû m'arrêter devant la difficulté d'amener à la brèche vaginale les annexes adhérentes ou trop élevées, ou devant la constatation de la bilatéralité des lésions. L'incision du cul-de-sac postérieur représente alors le premier temps de l'hystérectomie vaginale.

La technique doit être simple: incision transversale, détachement et attraction des annexes avec les doigts recourbés en crochet ou avec une pince en cœur, application, suivant les cas, d'une pince à forcipressure ou d'une ligature à la soie sur le pédicule. D'autres fois, la collection plus considérable doit être d'abord ponctionnée et vidée, et ce n'est qu'après son évacuation qu'elle peut être facilement amenée à l'extérieur (1).

***

Avant d'aborder le traitement des suppurations pelviennes par la laparotomie ou l'hystérectomie, une question préalable se pose: quand doit-on intervenir ? D'une façon générale, l'abstention doit être la règle au cours d'une période inflammatoire aiguë, que cette

---

(1) H. Byford. *Americ. Journ. of Obst.*, avril 1888 et mars 1892.

Picqué. *Valeur et indications de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de la trompe et de l'ovaire.* In Bonnecaze. Thèse, Paris, 1889.

Goullioud. *Lyon médical*, 1893, nos 5 et 6.

Laroyenne. Ablation des annexes par la voie vaginale. *Ann. de gyn. et obst.*, juillet 1893.

Condamin. De l'ablation des annexes par la voie vaginale dans la salpingo-ovarite enkystée. *Lyon médic.*, 8 juillet 1894.

Bouilly. Des indications et de la *valeur* de l'incision vaginale. *Congrès de chirurgie*, 1895.

Jaboulay. Laparotomie vaginale. *Province médicale*, octobre 1895.

Breffeil. *Cœliotomie vaginale postérieure appliquée à l'ablation unilatérale des annexes.* Thèse, Bordeaux, novembre 1895.

poussée soit la première manifestation des lésions annexielles ou qu'elle ne soit que la récidive de poussées anciennes à répétition. Malgré la gravité apparente des symptômes, en dépit de la réaction péritonéale, dans l'immense majorité des cas, l'opération d'urgence ne s'impose pas. Ces poussées sont plus effrayantes que graves et, presque toujours, pour ne pas dire toujours, elles se terminent en quelques jours par la chute des accidents et le retour à l'état antérieur, en laissant parfois une aggravation dans les symptômes et les signes. Au cours de cet état aigu, la virulence du pus s'exalte et la gravité des opérations augmente ; le maximun de mortalité appartient aux laparotomies faites dans ces conditions.

En outre, sous l'influence de la poussée aiguë, la physionomie des lésions se modifie ; le petit bassin devient le siège d'exsudats qui semblent augmenter le volume des collections ; la paroi abdominale antérieure peut présenter cet aspect particulier connu sous le nom de *plastron* abdominal ; le toucher et le palper deviennent incapables d'apprécier sainement les lésions, et l'on serait facilement disposé à reconnaître à celles-ci un volume et une importance qu'elles n'ont pas en réalité et à conclure à des interventions plus graves qu'il est nécessaire.

Dans ces conditions, il faut temporiser. Il est difficile d'assigner une date à l'intervention ultérieure : ce n'est ni par jours, ni par mois qu'il faut compter ; c'est l'observation de la malade, le retour d'un état général meilleur, la chute complète de la fièvre, l'indolence relative des lésions locales, la perte de sensibilité de la séreuse péritonéale explorée par la région hypogastrique qui, seuls, pourront fournir les éléments d'une détermination opératoire opportume. On pourrait aussi, et avec avantage, étudier, à ce point de vue, la virulence du pus retiré par une ponction capillaire exploratrice.

En revanche, une aggravation continue de l'état général, l'absence de chute de la fièvre et des douleurs au bout de la moyenne de quinze à vingt jours de durée, l'augmentation persistante du volume des collections et la menace de leur ouverture spontanée dans un organe du voisinage ; ou, après la chute des accidents aigus du début, l'établissement de la fièvre hectique et la dénutrition générale du sujet, sont autant d'indications de l'intervention, en même temps que leur ensemble constitue des signes de

quasi-certitude de la suppuration des lésions. Le plus souvent alors, l'agent virulent est le streptocoque; dans les cas où il y a coexistence du streptocoque et du colibacille, dans les suppurations pelviennes graves, on peut prévoir des adhérences étroites entre la poche suppurée et la paroi intestinale (1). Sur 33 cas, Hartmann et Morax ont trouvé 13 fois le gonocoque chez des femmes ayant eu des poussées pelvi-péritoniques récentes, remontant à un temps qui variait de trois semaines à quatre mois au maximun, le plus souvent à quatre ou cinq semaines (2).

L'époque des règles devra être de préférence évitée. La grossesse ne constitue pas une contre-indication en cas de suppuration pelvienne (3).

***

Nous aborderons maintenant le traitement des suppurations pelviennes par la laparotomie et l'hystérectomie vaginale, les véritables grandes méthodes qui méritent d'être mises en parallèle et dont la saine application peut répondre aux plus graves et aux plus utiles indications de la chirurgie abdominale. Il ne s'agit plus aujourd'hui d'introduire ni de faire accepter dans la pratique l'opération de Péan; depuis la première communication sur ce sujet, faite par l'auteur lui-même au Congrès de Berlin (1890), depuis le remarquable rapport de Segond au Congrès de Bruxelles (1892), cette opération, âgée à peine de quelques années, a rapidement fait son chemin dans le monde. Les attaques et les défenses passionnées dont elle fut l'objet, à son début, les revendications ardentes et quelquefois un peu violentes à propos de la priorité de son idée et de son exécution, les nombreux travaux qu'elle a suscités un peu partout et l'idée même du Comité permanent de notre Congrès de remettre cette question à l'ordre du

---

(1) JAYLE. Examen bactériologique de 30 cas de suppurations pelviennes. *Bull. de la Soc. anatom.*, 1895, p. 222.

Id. Pathogénie de quelques fistules recto-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale. *Ibid.*, 1895, p. 734.

(2) HARTMANN et MORAX. Bactériologie des suppurations péri-utérines. *Ann. de gynéc.*, juillet 1894.

(3) MICHIE. Suppuration pelvienne compliquant la grossesse. *Presse médicale*, 1865, p. 232.

jour, sont autant de preuves de l'importance de la nouvelle méthode. Le temps est suffisant aujourd'hui pour que l'expérience de chacun ait pu se faire sur ce point, et cette épreuve du temps n'a fait que confirmer l'importance et la valeur de la nouvelle opération.

Les initiés de la première heure sont restés fidèles à la doctrine, et un très grand nombre de convertis et de ralliés sont venus grossir leurs rangs. Je suis plus à l'aise que personne pour faire cette déclaration ; par une tendance naturelle de l'esprit humain à trouver mauvaises et subversives les choses que l'on ne connaît pas bien ou que l'on ne sait pas faire, j'ai dès le début, et par des raisonnements a *priori*, combattu en faveur de la laparotomie contre l'hystérectomie, en ne lui faisant que des concessions restreintes. Rapidement, grâce à une meilleure connaissance des choses et à une pratique étudiée et raisonnée, j'ai reconnu l'excellence de la nouvelle méthode et je le déclare aujourd'hui comme une vérité qui m'a été démontrée par les faits : l'hystérectomie vaginale par les procédés actuels est le plus grand progrès réalisé en gynécologie dans ces dernières années.

Beaucoup de mes collègues ont subi la même évolution.

Il ne saurait donc plus être question aujourd'hui de diviser les chirurgiens en *laparotomistes* et en *hystérectomistes*. La laparotomie et l'hystérectomie sont deux opérations que tout gynécologiste doit également connaître et exécuter suivant les indications.

La laparotomie elle-même s'est singulièrement améliorée dans la technique depuis l'introduction et la pratique courante de la position renversée sur le plan incliné de Trendelenburg ou ses dérivés : grâce à cette facile découverte des organes et des lésions du petit bassin, à la facilité de l'inspection des parties malades, à leur décortication faite sous le contrôle de la vue, à la perfection de l'hémostase et, aussi, à l'absence de contacts prolongés et répétés avec la masse intestinale, la laparotomie a acquis un degré de précision et de bénignité inconnu jusqu'à ce moment. Avant cette pratique, on pouvait facilement retourner aux laparotomistes le reproche, souvent fait aux hystérectomistes, de manœuvres aveugles et dangereuses, exécutées sans le contrôle de la vue, dans la profondeur du petit bassin. Aujourd'hui, il

n'en est plus de même; les manœuvres de la laparotomie s'exécutent, pour ainsi dire, à ciel ouvert, et les opérations sur les annexes de l'utérus en particulier peuvent être pratiquées avec la même facilité que sur une région superficielle. Le progrès est considérable, et la laparotomie a vu augmenter son champ d'action, s'améliorer encore ses résultats ; elle a même, grâce aux facilités données par le plan incliné, séduit et repris quelques adeptes de l'hystérectomie vaginale.

La laparotomie reste et restera l'opération de choix, la seule permise : 1° quand la lésion est *unilatérale ;* 2° quand il y a *doute* sur la *bilatéralité* des lésions ou sur leur nature. Tout le monde est d'accord sur le premier point. Malheureusement, quand il s'agit de suppuration pelvienne, cette indication est beaucoup moins fréquente que dans les lésions non suppurées ; sur 59 cas de lésions péri-utérines suppurées traitées par la laparotomie, Terrier et Hartmann n'ont trouvé les annexes, du côté opposé à la lésion, saines que 6 fois ; sur 80 cas, également traités par la laparotomie, j'ai trouvé une proportion plus considérable, et, dans 15 cas, j'ai cru pouvoir me contenter d'une ablation unilatérale. Sur 55 cas de suppuration, Delbet (1) n'a laissé que 3 *fois* les annexes saines du côté opposé. Je dois, en outre, déclarer que je n'ai connaissance que d'une seule de mes malades devenue enceinte depuis l'opération. Les deux grossesses après ablation unilatérale signalées par Goullioud au Congrès de chirurgie (1894) se sont produites chez des malades dont les lésions n'étaient pas suppurées. Il y a donc là une grande différence avec les femmes opérées d'un kyste de l'ovaire d'un seul côté, chez lesquelles la conception ultérieure est fréquente. Il paraît démontré, par la majorité des faits, que, dans le cas de suppuration, les annexes des deux côtés sont le plus souvent malades en même temps, quelquefois à des degrés différents, mais à un degré assez avancé, en général, pour que l'utilité fonctionnelle soit douteuse.

Si l'on va bien au fond des choses, l'argument de la possibilité de la conception ultérieure n'a pas, en pareil cas, une très grande valeur, et il serait important que tous les gynécologistes, ayant fait des castrations unilatérales pour lésions suppurées des annexes, apportent, à ce point de vue spécial, les résultats de

(1) Chavin. Thèse, Paris, 1896.

leurs observations. Les documents actuels sur ce point font absolument défaut et, sans doute, pour cause.

Cette question, du reste, ne saurait être tranchée par des statistiques; il suffit de quelques faits positifs, si peu nombreux qu'ils puissent être, il suffit même que le diagnostic de la bilatéralité des lésions soit douteux pour que la préférence doive être donnée à la laparotomie.

Ce diagnostic, souvent délicat, ne saurait être fondé sur la simple constatation des signes physiques ; ceux-ci sont souvent obscurs : à côté d'une tuméfaction nette, facilement accessible sur l'un des bords de l'utérus, le cul-de-sac postérieur peut être comblé par une induration dans laquelle il est difficile de distinguer une trompe ou un ovaire adhérents ou un simple exsudat pelvien ; dans un autre cas, le cul-de-sac de Douglas est presque entièrement comblé et le doigt ne peut s'insinuer sur les parties latérales de l'utérus ; toutes les combinaisons et complications de ce genre sont possibles.

Il y a donc grand intérêt à tenir compte de toutes les circonstances accessoires, à insister sur l'existence et le siège des poussées inflammatoires anciennes, sur la fixité ou l'intermittence d'une douleur siégeant du côté opposé à la lésion actuelle facilement reconnaissable, sur le résultat des examens pratiqués à d'autres époques, sur la dysménorrhée, en un mot, sur tous les éléments qui, en dehors des signes physiques actuels, peuvent faire préjuger de l'état des annexes du côté opposé. Je puis ajouter, et la statistique le démontre, que, dans les cas où l'on est disposé à intervenir pour une lésion suppurée, la plus grande somme de chances est en faveur d'une lésion bilatérale. Ai-je besoin de dire que ces considérations perdent toute leur valeur s'il s'agit de femmes ménopausées ou au voisinage de la ménopause.

La même réserve s'impose quand le diagnostic de la nature des lésions est obscur. Un petit kyste simple ou dermoïde de l'ovaire, une grossesse extra-utérine peu avancée, un gros ovaire kystique peuvent donner le change ; mais, ici encore, non seulement les signes physiques, mais l'histoire de la malade peuvent assurer le diagnostic. Peu ou pas d'induration des tissus autour de la collection, une certaine mobilité de celle-ci, le glissement facile de la paroi vaginale sur la masse sus-jacente, l'absence de batte-

ments artériels, peu ou pas d'histoire pathologique antérieure, pas de poussées pelvi-péritonéales récidivantes, peu ou pas de douleurs, n'y a-t-il pas là un ensemble de faits capables d'éclairer le diagnostic ? Si l'on ajoute, qu'en pareil cas, la tuméfaction est unique, unilatérale ou rétro-utérine, on s'approchera le plus souvent de la réalité et, en tous cas, s'il y a doute sur la nature de l'intervention, on devra recourir à la laparotomie.

Enfin, je reconnais encore volontiers, comme appartenant à cette opération, les collections *haut* situées, indépendantes, pour ainsi dire, de l'utérus resté libre et mobile. Quelques collections tubaires, développées surtout dans la région du pavillon, et quelques ovarites suppurées peuvent siéger loin des bords de l'utérus et ne sont que difficilement accessibles par le toucher à travers les culs-de-sac, même avec la combinaison du palper. Il peut se faire, en pareil cas, que les collections soient, pour ainsi dire, comme libres au milieu des anses intestinales qui ne leur sont que faiblement adhérentes; il n'existe pas autour d'elles d'exsudats péritonéaux, capables de les isoler et de les séquestrer, et, dans les manœuvres de l'hystérectomie vaginale, une ouverture intempestive de la poche peut vider dans le péritoine un pus septique dont l'effusion déterminera une septicémie péritonéale suraiguë.

Ce n'est guère là qu'un cas particulier de la disposition des collections tubaires et ovariques; mais il est nécessaire d'en tenir compte.

*
* *

Ces considérations nous amènent à tenir compte d'un facteur de gravité plus important dans la laparotomie que dans l'hystérectomie, à savoir la virulence du pus des collections. De l'avis et de l'expérience de tous, il est avéré que le péritoine du petit bassin présente une tolérance particulière et une résistance aux inoculations infiniment supérieure à celle du péritoine abdominal proprement dit et surtout du péritoine sus-ombilical. Quelques gouttes de pus virulent tombé dans le ventre, l'abandon d'une petite partie de la paroi suppurée impossible à décortiquer, peuvent être, en dépit de toutes les précautions, la cause inéluctable d'une septicémie péritonéale suraiguë.

Le drainage avec un tube, le tamponnement à la Mikulicz peuvent, il est vrai, souvent prévenir les gros accidents; mais, souvent aussi, leur présence est suivie de l'infection des fils de soie du pédicule, de la production d'une fistule de longue durée et, quelquefois aussi, d'une tendance à l'éventration sur un point de la ligne de réunion. Pareils dangers et inconvénients n'existent pas avec l'hystérectomie vaginale ; péritoine du petit bassin moins facilement inoculable, écoulement facile de la suppuration par la brèche vagino-péritonéale, suppression de tout corps étranger et de toute ligature, ce ne sont pas, en pareil cas, des avantages négligeables. Certes, la laparotomie appliquée au traitement des suppurations péri-utérines a donné et donne, de jour en jour, de superbes et magnifiques résultats, comme en témoignent les statistiques actuelles ; certes, elle fait le plus grand honneur aux chirurgiens qui lui restent fidèles et dont nous ne saurions trop admirer l'habileté. Elle triomphe dans l'ablation des petites salpingites parenchymateuses à contenu muco-purulent, des petits pyo-salpinx et des petites ovarites suppurées facilement énucléables ; toutes les fois, en un mot, que la totalité des lésions peut être enlevée comme une petite tumeur ; mais, dans les grosses lésions suppurées, au prix de quelle habileté et de quelles difficultés ! Dans ces cas de suppurations, ne voyons-nous pas, à chaque instant, noté dans les observations : « décortication pénible » ; « extirpation laborieuse des annexes » ; « grande difficulté à énucléer la poche » ; « pédiculisation difficile » ; « rupture de la collection dans la cavité péritonéale ? » L'auteur d'une thèse encore récente (1), toute favorable à la laparotomie, fait allusion à « l'heureuse hardiesse » de l'opérateur grâce à laquelle tout le foyer d'inflammation peut être abrasé complètement; plus loin, il dit : « Nous avouons même que, pour plusieurs de ces cas, surtout pour ceux où il s'agissait de lésions mal limitées, diffuses, étendues à tout le petit bassin, il y avait moins de risques immédiats à courir avec l'hystérectomie. » Vraiment, c'est jouer la difficulté, et, aujourd'hui, la prudence commande de substituer à cette brillante et difficile opération une méthode opératoire capable d'atteindre le même but avec de moindres difficultés et dangers,

---

(1) MARTIN. *Résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines par la laparotomie pour tubo-ovarites.* Thèse, Paris, 1898, p. 21 et 22.

et avec une plus grande somme de chances de guérisons définitives.

Un seul point mérite de nous arrêter dans la technique de la laparotomie pour suppurations pelviennes, à savoir, la question du drainage. Quand la collection a pu être enlevée comme une tumeur, sans rupture ni effusion de liquide, tout drainage est inutile; l'opération ne diffère pas d'une simple ovariotomie. Toutes les fois, au contraire, que la décortication a été laborieuse, que du pus s'est écoulé dans le péritoine en petite ou en grande quantité, que des lambeaux de poches peuvent être restés adhérents, que des adhérences pariétales ou viscérales ont été péniblement décollées et menacent de saigner, *le drainage s'impose* comme la meilleure sauvegarde. S'il n'y a pas de suintement sanguin, si l'hémostase est parfaite, un gros tube en caoutchouc percé d'un seul grand trou près de son extrémité, plongeant aussi profondément que possible dans le cul-de-sac postérieur, sera suffisant; au bout de quarante heures ou au troisième jour, s'il n'y a plus d'écoulement, si les pièces du pansement restent sèches, il est supprimé, et son point d'entrée est immédiatement fermé à l'aide d'un crin de Florence d'*attente*, mis au moment même de l'opération. Si, en même temps, il y a plusieurs petits points saignants que la compression, la forcipressure ou le thermocautère n'ont pas desséchés, il est nécessaire de faire le tamponnement de Mikulicz, en ayant toujours bien soin d'ajouter un tube à drainage. Car le Mikulicz, excellent comme tamponnement hémostatique, est mauvais comme drainage et fait de la rétention.

En dehors des cas qui appartiennent uniquement et directement à la laparotomie, on peut, tout au début de l'étude de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes, poser comme principes généraux, autour desquels peut rouler toute la discussion, que:

1° L'hystérectomie vaginale peut faire tout ce que ferait la laparotomie;

2° Elle permet d'atteindre et de guérir des lésions contre lesquelles la laparotomie est impuissante ou dangereuse.

J'ajoute qu'elle réalise, du même coup, par la suppression de l'utérus, une indication que nombre de chirurgiens s'efforcent aujourd'hui de remplir par une opération beaucoup plus compliquée.

Contre les petites lésions *facilement énucléables* qui font la meilleure part de la laparotomie, contre les petites salpingites parenchymateuses suppurées, les petits et moyens pyo-salpinx, les ovaires suppurés, l'hystérectomie vaginale donne les mêmes résultats; mais à quel moindre prix de peines et de manœuvres! Une hystérectomie vaginale, en pareil cas, est une opération de quelques minutes. Comparée à la laparotomie la plus simple, elle représente à peine une opération d'importance; si habile et si rapide que soit l'opérateur, il faut compter, dans la laparotomie, avec le temps nécessaire pour lier et thermo-cautériser les pédicules, faire la toilette et l'hémostase définitive de la cavité laissée libre par l'ablation des collections, pratiquer une suture à trois étages, faire un pansement soigné de la ligne de réunion, appliquer un bandage légèrement compressif. Certainement, le résultat définitif est le même; mais les moyens de l'obtenir sont infiniment plus simples dans l'une que dans l'autre opération. Personne, je pense, ne me contredira de ceux qui ont pratiqué souvent les deux voies. Que l'on préfère l'une ou l'autre opération, qu'on ait plus l'habitude de l'une que de l'autre et qu'on lui accorde sa faveur, soit; mais, toutes choses égales, pour l'opérateur habitué à la laparotomie comme à l'hystérectomie, sans tenir compte des circonstances étrangères à l'acte opératoire lui-même, il n'y aura pas d'hésitation à sacrifier la première à la seconde, et par économie de temps et par simplicité de moyens.

Mais la comparaison ne devient plus possible dès qu'il s'agit de lésions *complexes* suppurées du bassin ou de grandes collections. Richelot l'a dit d'une manière excellente (1) : « Les grandes suppurations et les adhérences compliquées sont l'écueil de la laparotomie et le triomphe de l'hystérectomie vaginale. » Dès le début de la méthode, ces indications ont été acceptées même par ses adversaires, et aucune autre opération ne saurait les remplir d'une manière plus parfaite. Je ne prendrai pas la peine de rappeler les faits connus de tous où, le ventre ouvert, il n'y a rien à faire que des dégâts, où tout est confondu, adhérent, méconnaissable; ni d'insister sur la présence de ces gros pyo-salpinx collés et adhérents derrière l'utérus et dont la première tentative de

(1) RICHELOT. *L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses*. Paris, 1894.

décortication fait fissurer les parois et sourdre le pus ; ni des cas plus difficiles encore où le tissu cellulaire pelvien a participé à l'infection, où les ligaments larges sont épaissis, chroniquement enflammés, lardacés, inextensibles, où, à travers des adhérences péritonéales, ou des épaississements cellulaires, se sont produites des perforations dans le rectum ou la vessie, ou dans un point plus ou moins élevé de l'intestin. Commencée par le ventre, l'opération doit s'arrêter ou ne pas reculer devant les risques des plus gros dangers immédiats ou consécutifs.

Dans ces conditions, et suivant les circonstances, l'hystérectomie vaginale est une opération d'*exérèse* ou de *simple ouverture* : au cours des manœuvres, quelquefois dès l'ouverture du cul-de-sac postérieur, le pus s'écoule, la poche revient sur elle-même, et sa paroi, suivie par les doigts de proche en proche, se laisse décortiquer et amener à l'extérieur. Si la poche n'est pas ouverte, une ponction aspiratrice amène le pus au dehors avant toute tentative de décortication. Une adhérence épiploïque, une frange graisseuse du gros intestin suivent, sont décollées, au besoin réséquées et saisies dans une pince à forcipressure. Au-dessus de la première collection, le doigt en trouve une autre qui bombe et fluctue; il la déchire largement, fait écouler son pus ; un grand lavage de la région est pratiqué; tout est propre. Une tentative de décortication prudemment faite n'amène rien ; la paroi de la poche est confondue avec la paroi du bassin ou tient vers sa partie supérieure ; elle est abandonnée, irriguée à nouveau ; l'opération doit s'en tenir là. Ce serait mal connaître ce genre d'intervention, que venir objecter qu'on agit à l'aveugle, qu'on risque de déchirer l'intestin, qu'on est tout aussi bien exposé à infecter le péritoine que par la voie abdominale. Les adhérences les plus solides et les plus fréquentes siègent dans le cul-de-sac postérieur et à l'enceinte pelvienne; celles-ci une fois détruites, la poche s'amène; entraîne-t-elle à sa suite une anse d'intestin ? Il est tout aussi facile de détruire l'adhérence dans le vagin que par l'abdomen, ou de laisser une partie de la poche adhérente à l'intestin, après désinfection ; avec des écarteurs bien placés, tout se fait à jour, à ciel ouvert. Entre les poches suppurées, la cavité péritonéale est-elle libre et non fermée ? Une éponge, un tampon de coton monté sur une pince comble l'ouverture, et les tentatives d'énucléation ne

doivent être commencées qu'après évacuation et désinfection des poches à l'aide de grands lavages.

D'emblée, si les poches sont grandes, si le pus est fétide, s'il existe des fistules de l'intestin ou de la vessie, l'*hystérectomie est toute l'opération*; pas de tentative d'ablation; ouverture, large ouverture, grande évacuation, grands lavages; l'opération est incomplète, mais le résultat est excellent. Je n'ai pas besoin aujourd'hui de citer de cas particuliers, d'invoquer des observations détaillées : tous ceux qui ont pratiqué des hystérectomies en pareil cas connaissent ces faits; raisonner *à priori* c'est raisonner dans le vide. Reprocher qu'on a fait une opération incomplète, c'est méconnaître l'esprit et les avantages de l'opération de Péan. Les cas ne se comptent plus aujourd'hui où, après une extirpation incomplète, la guérison est rapide et définitive. Vouloir faire plus est inutile et dangereux. La seule difficulté en pareil cas peut être l'ablation de l'utérus; celui-ci fixe, immobile, ne saurait être abaissé. Il doit être morcelé sur place; heureusement, le plus souvent, le cul-de-sac antérieur est libre et dépourvu d'adhérences, et l'attaque de l'utérus se fait en avant. Quand la paroi antérieure est enlevée par des sections successives de tranches enlevées de la ligne médiane vers la périphérie, la paroi postérieure se fléchit sur elle-même par la traction des pinces, et le fond peut être amené dans le vagin. Dans nos premières opérations, avec une moins bonne technique et une moindre habitude des manœuvres, nous avons plusieurs fois laissé le fond et la partie supérieure de l'utérus; les malades néanmoins ont guéri avec la plus grande simplicité, et les collections se sont vidées et taries comme à l'habitude. Aujourd'hui, pareil accident ne se reproduit plus, et avec de la pratique, on peut être sûr de mener à bien une ablation d'utérus au milieu des suppurations les plus complexes. J'ajouterai même, en ayant l'air d'être paradoxal, que les cas les plus difficiles pour l'opération et les plus mauvais, en apparence, sont les meilleurs au point de vue des résultats : on opère dans un péritoine fermé, chroniquement enflammé, n'ayant plus la susceptibilité d'infection de la séreuse péritonéale, et à l'intérieur de poches dont les parois défendent la grande cavité du ventre.

L'abandon, dans l'abdomen, de poches entières ou de lambeaux de poches, de débris de trompes ou d'ovaire, ne m'a pas paru

présenter les inconvénients qu'on reproche un peu théoriquement à l'hystérectomie; sur 51 cas personnels de suppuration, onze fois, de parti pris et par crainte de déchirures compromettantes, j'ai fait des extirpations incomplètes, ou même je n'ai fait que l'ouverture des collections après l'ablation de l'utérus ; il n'en est résulté aucun retard dans la guérison ou aucun dommage pour l'avenir. Dans des cas non suppurés, j'ai la notion d'avoir laissé bien plus fréquemment des lambeaux de tissu ovarien, ou des parties adhérentes du pavillon de la trompe; deux fois seulement, sur un nombre considérable d'hystérectomies vaginales, j'ai observé des effets tardifs de cette opération incomplète ; une fois, il se développa un kyste simple de l'ovaire, dont la femme fut heureusement opérée; une autre fois, il se fit, dans une fosse iliaque, une collection fluctuante indolente, pour laquelle la malade, débarrassée de ses douleurs et en pleine santé, refusa toute intervention.

Le même fait est arrivé à tous les opérateurs, et tous ont observé les mêmes résultats : dans une première série de 61 cas de suppuration pelvienne, Richelot a fait 22 fois l'ablation totale, 12 fois l'ablation unilatérale et 27 fois n'a rien enlevé des annexes; dans une deuxième série de 66 suppurations, il note 30 ablations bilatérales intégrales, 5 bilatérales sauf un ovaire ou une trompe, 11 unilatérales, 20 castrations utérines pures, dont une fois avec abandon du fond de l'utérus. Sur toutes ces opérations incomplètes, il ne relève qu'un retard de la cicatrisation, un abcès au bout de deux ans, au niveau de la cicatrice du vagin, et, au-dessus de lui, une petite collection de sérosité, un abcès iliaque droit et, précisément, chez une malade dont l'extirpation des annexes avait été complète.

Sur 421 opérations, Jacobs en accuse 49 d'incomplètes, Rouffart 34 sur 52, Doyen 4 sur 61 ; sur 108 opérations, Landau a complété trois fois l'intervention par une laparotomie pour enlever des restes de poches purulentes haut situées.

« Le principe qui doit nous guider, le but auquel nous devons tendre, n'en est pas moins l'extirpation complète ; mais, ce que j'affirme, c'est que l'opération incomplète n'est pas mauvaise par elle-même; c'est qu'en allant, avec méthode, aussi loin que la prudence le permet, en ouvrant les collections, en traitant les organes dangereux et respectant ce qui n'est pas nuisible, on fait

d'aussi bonne besogne que dans les cas simples où tout s'enlève aisément (1). »

Il ne saurait être question de reprendre ici les discussions déjà épuisées, sur le point de savoir s'il vaut mieux ou non conserver l'utérus après l'ablation bilatérale des annexes. La réponse ne me semble pas douteuse, et, si j'avais besoin d'arguments nouveaux, ils me seraient fournis par les partisans les plus résolus de la laparotomie. Un certain nombre d'entre eux, et non des moindres, MM. Polk, Baldy, Pryor, Penrose, etc., en Amérique; Bardenheuer en Allemagne ; Chaput, Delagénière en France, convaincus par l'observation que nombre de malades continuaient à souffrir du fait de leur utérus, après l'ablation des annexes, pratiquent aujourd'hui la *castration totale* par la voie abdominale. Notre expérience en France est encore trop limitée pour juger de la valeur de cette intervention ; nous ne doutons pas que l'honorable rapporteur américain de cette même question ne nous apporte des faits nouveaux et concluants. Actuellement, notre opinion ne peut que se fonder sur l'excellence des résultats obtenus par notre hystérectomie vaginale, sans recourir à des manœuvres opératoires plus difficiles et plus compliquées. Nous ne saurions admettre cette intervention que dans les cas exceptionnels, où l'hystérectomie vaginale serait contre-indiquée ou impossible. Nous ne voulons retenir de ces tentatives que cette donnée précieuse, si favorable à l'idée de l'hystérectomie, qu'après l'ablation des annexes, l'utérus n'est pas seulement inutile, mais qu'il est nuisible. N'ayant pas à discuter ici les résultats généraux du traitement opératoire des affections des annexes, et devant nous borner au traitement des suppurations pelviennes, nous ne saurions reprendre cette discussion générale. Disons seulement, en faveur de l'utilité de l'ablation utérine, qu'en cas de suppuration des trompes et après l'hystérectomie vaginale, on peut constater, dans le corps utérin lui-même, au voisinage de l'orifice tubaire ou dans le trajet intra-utérin de la trompe, de petites collections purulentes plus ou moins récentes contre lesquelles l'ablation de l'utérus peut seule être efficace ; d'autres fois, surtout s'il s'agit d'infections récentes, l'utérus lui-même peut être véritablement infiltré de pus ou recéler des éléments

(1) RICHELOT. *IXe Congrès de chirurgie*, 1895, p. 912.

microbiens dont la présence entretient les lésions et les symptômes.

Je ne saurais, non plus, à propos du traitement des suppurations pelviennes, aborder l'histoire de toutes les complications et de tous les accidents possibles au cours de l'hystérectomie vaginale : ce serait refaire l'étude complète de cette opération. L'accident le plus fréquent paraît être la fistule intestino-vaginale produite, le plus souvent, par l'envahissement secondaire de la paroi intestinale (1).

La blessure de l'uretère ne s'est jamais produite entre des mains exercées, et celle de la vessie est tout à fait rare (2,50 p. 100). Elle paraît moins fréquente que dans les hystérectomies faites pour cancer, où la partie antérieure du col est souvent détruite et où le décollement de la vessie est dangereux. Cette discussion est exposée, avec détails, dans la thèse de M. Baudron, et je ne pourrais que fournir les mêmes chiffres et les mêmes arguments.

On a longtemps cherché à démontrer, chiffres en mains, la supériorité de la laparotomie et de l'hystérectomie au point de vue des résultats immédiats, au point de vue de la mortalité opératoire ; à l'aide de statistiques partielles, où, suivant les tendances particulières à chaque auteur, on trouve un pourcentage favorable à l'une ou l'autre méthode.

J'attache une faible importance à cette manière de juger la question ; sur des séries peu considérables, on peut avoir une suite de succès ou de revers incapables de donner une idée des résultats généraux. Pris en bloc, les faits ne sont pas comparables entre eux ; il faudrait, pour tirer un utile parti de cette manière de raisonner, comparer des cas très analogues, cas traités par

(1) Sur 51 cas de suppurations graves, traités par l'hystérectomie, 3 fois, dans les jours qui suivirent, il s'établit une fistule recto-vaginale.

Jayle (*Bullet. Soc. anat.*, nov. 1895) a montré que, dans ces cas, le pus contenait à la fois des streptocoques et des coli-bacilles et qu'il y avait des adhérences préalables entre la poche suppurée et la paroi intestinale. La fistule recto-vaginale n'est alors que la perforation qui se complète après l'hystérectomie ; la paroi intestinale amincie ne peut plus supporter la pression intestinale. Deux fois, la fistule se tarit spontanément entre quinze et vingt jours ; chez une troisième malade tuberculeuse, elle dut être traitée pendant longtemps par des cautérisations au thermocautère.

l'hystérectomie ou la laparotomie. En l'absence de documents de ce genre, qui ne peuvent être appréciés que dans chaque pratique particulière, il est nécessaire de tirer des conclusions de son expérience personnelle, faite avec la pratique courante des deux opérations, ou de s'en rapporter à des statistiques, assez importantes comme nombre, pour que la différence des cas s'efface devant leur quantité.

S'il m'est permis, à côté des gros bataillons, d'apporter mon petit contingent, et, si je compare les laparotomies et les hystérectomies pour suppuration pelvienne que j'ai faites depuis la même année, c'est-à-dire depuis 1891, j'arrive aux résultats suivants : laparotomies 80 cas, morts 8, soit 10 p. 100 ; hystérectomies vaginales 51 cas, morts 3, soit 5,8 p. 100.

M. Jacobs, de Bruxelles (1), au Congrès de Rome, a présenté la statistique suivante : en réunissant les opérations abdominales publiées par MM. Terrier, Terrillon, Doyen, Schauta, Chroback, Zweifel, Martin, Jacobs, Dubois et Gallet, Lawson Tait, il arrive à un total de 1,540 opérations, donnant 5,7 p. 100 de mortalité.

Les interventions vaginales, publiées par MM. Richelot, Doyen, Péan, Segond, Rouffart, Jacobs, donnent, pour 690 cas, 4,49 p. 100 de mortalité.

Enfin, dans un travail tout récent (2), Bardenheuer, de la plus importante statistique publiée jusqu'à ce jour, tire les chiffres suivants : laparotomies 1,626 cas, 92 morts, soit 5,59 p. 100 ; hystérectomies vaginales 1,113 cas, 39 morts, soit 3,5 p. 100.

L'ablation simultanée des annexes et de l'utérus par la laparotomie donne 4,6 p. 100 de mortalité.

Je m'empresse d'ajouter, à la suite de ces chiffres, que ces statistiques portent sur l'ensemble des lésions des annexes et ne visent pas seulement les suppurations pelviennes.

Certes, la chirurgie gynécologique peut être fière de pareils résultats ; laparotomistes, hystérectomistes peuvent également se féliciter des admirables succès obtenus dans ces dernières années, et les différences actuelles entre les résultats *immédiats* des deux opérations sont assez peu considérables et assez sujettes à variation pour qu'on ne soit pas fondé à en tirer l'argument de premier ordre en faveur de l'hystérectomie vaginale.

(1) *Congrès de Rome* 1894 ; *Annales de gynéc.*, 1894, p. 565.

(2) *Monatsschrift f. Géb. und Gyn.*, mai et juillet 1896.

Mais, où la comparaison n'est plus possible, et où la valeur de cette dernière opération s'affirme, c'est dans l'étude des *résultats éloignés*.

Sans insister, à nouveau, sur l'absence de cicatrice abdominale (considération qui a plus d'importance qu'on n'a semblé le croire, et dont les intéressés tiennent grand compte), sur les dangers d'éventration, sur la production de fistules intestinales, ou la persistance d'une suppuration par une soie infectée, — tous inconvénients qui ne sont pas purement théoriques, — le retour des douleurs ou des accidents variés après la laparotomie est assez fréquent pour que, d'après les statistiques des chirurgiens français, les guérisons complètes ne soient guère estimées à plus de 68 p. 100 (1) et, d'après celle des chirurgiens étrangers, à 60, à 70 p. 100 (2).

Et, en réalité, ne faut-il pas que ces guérisons soient incomplètes et que, suivant l'expression de Landau, ces malades ne soient « pas heureuses de vivre », pour qu'après une opération aussi importante que la laparotomie, elles soient obligées de se soumettre à de nouvelles interventions, pour que Segond (3) ait eu besoin de faire 10 fois l'hystérectomie secondaire, Richelot 36 fois (4), Jacobs 5 fois (5), Delagénière 3 fois (6), Picqué et Pozzi chacun 1 fois (7), moi-même 11 fois ; pour que Delbet (8) ait cru nécessaire de refaire 4 laparotomies complémentaires ! Je laisse de côté tous les curettages, les dilatations, les cautérisations et injections intra-utérines, les amputations du col et les médications de toutes sortes, si fréquemment et si vainement employées contre les accidents consécutifs aux laparotomies opératoirement les mieux réussies. Certes, il n'est pas possible de considérer comme des résultats éloignés, excellents dans leur

---

(1) Baudron. Thèse, p. 140.

(2) L. Landau und Th. Landau. *Die vaginale Radicaloperation*, Berlin, 1896, p. 29.

(3) Baudron. Thèse, p. 145.

(4) *Congrès de chirurgie*, 1895, p. 908.

(5) *Congrès de Rome. Ann. gynécolog.*, 1894, p. 568.

(6) *Archives provinciales de chirurgie*, mars 1895.

(7) Martin. Thèse, p. 44 et 45.

(8) Chavin. Thèse, p. 37 et 38.

ensemble, ceux que nous offre une thèse récente, toute favorable à la laparotomie, où, sur 70 malades reçues, 31 seulement ont des résultats *parfaits*, 29 des résultats *satisfaisants*, mais troublés par de la leucorrhée, des métrorrhagies et des douleurs : 5 des résultats *médiocres* et 3 des résultats *nuls*.

Nous voilà bien loin « de la netteté et de la franchise des guérisons » obtenues par l'hystérectomie vaginale (Richelot) (1).

Est-ce à dire que *jamais* l'hystérectomie vaginale ne sera impuissante ou suivie de mauvais résultats éloignés ? M. Delagénière cite deux cas d'insuccès ; dans l'un, il ne put atteindre une énorme poche purulente qui n'était probablement qu'un phlegmon du tissu cellulaire ; dans l'autre, il ne put reconnaître les annexes « dans le magma inextricable trouvé derrière l'utérus ». La malade, d'abord améliorée, recommença de souffrir et finit par mourir de fièvre hectique plusieurs mois plus tard (2). La laparotomie aurait-elle mieux fait ? Il est permis d'en douter. Trois fois, M. Quénu a dû faire une laparotomie secondaire pour enlever des annexes douloureuses que l'hystérectomie n'avait pas permis d'atteindre. Peut-être retrouverait-on quelques cas analogues. Mais, il faut bien le reconnaître, leur proportion est insignifiante, et, sur l'excellence des résultats éloignés par l'hystérectomie, l'accord est presque unanime.

Enfin, et c'est un point sur lequel j'appelle l'attention et demande l'avis de mes collègues, n'ayant pas encore personnellement les documents nécessaires pour résoudre la question : il m'a semblé, qu'après la castration utéro-annexielle, les troubles consécutifs à la suppression de la fonction menstruelle étaient moins manifestes et moins accentués qu'après la simple ablation des annexes ; les bouffées de chaleur, les transpirations manquent complètement dans un certain nombre de cas et tourmentent moins les malades dans la plupart. La suppression de l'utérus semble simplifier la ménopause.

En 1892, dans une lettre que j'écrivais à mon ami Segond, où je lui exprimais à la fois mon regret de ne pouvoir assister à votre Congrès et mon opinion sur la nouvelle opération, je lui disais : « L'hystérectomie vaginale par morcellement est l'unique opéra-

(1) *Loc. cit.*, p. 909.

(2) *Bull. Soc. de chirurgie*, mars 1894.

tion à faire quand l'ablation bilatérale des masses inflammatoires est très nettement indiquée. Dans les cas graves, elle s'impose pour tout le monde. Dans les cas faciles, elle n'est ni plus difficile, ni plus grave que la laparotomie, et je pense que l'ablation de l'utérus est plus utile que sa conservation. »

Fort d'une pratique plus grande, je ne puis que maintenir et défendre avec plus de conviction cette opinion, que des faits venus de toutes les parties du monde et une expérience presque universelle ont confirmée d'une façon éclatante.

***

Résumé et conclusions. — Le traitement des suppurations pelviennes ne saurait être utilement institué sans la connaissance préalable, aussi exacte que possible, du siège de la suppuration. De la connaissance de ce siège dépend le choix de la méthode de traitement.

Les abcès pelviens, considérés au point de vue de l'intervention chirurgicale, peuvent être classés de la façon suivante :

1° Abcès du tissu cellulaire, paramétrite, phlegmon péri-utérin.

2° Abcès des trompes ou des ovaires, pyo-salpingites et ovarites suppurées.

3° Abcès péritonéaux primitifs, pelvi-péritonites, hématocèles suppurées.

4° Suppurations complexes dans lesquelles ces divers organes peuvent prendre simultanément part à la constitution des collections purulentes, ou compliquées de fistules s'ouvrant, soit à la peau, soit dans les organes creux du voisinage ou dans plusieurs points à la fois.

Ces divers types répondent à la généralité des cas.

La *ponction* ne peut plus être considérée aujourd'hui que comme un moyen de diagnostic.

Les trois grandes méthodes de traitement des suppurations pelviennes sont :

a) L'*incision simple* suivie de drainage, pratiquée par la paroi abdominale, ou par la paroi vaginale ;

b) L'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par la *laparotomie ;*

c) L'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par le vagin,

par l'*hystérectomie* préalable avec ou sans morcellement de l'utérus.

On peut considérer comme dérivées de ces trois grandes méthodes :

1° L'ablation, par la voie vaginale, de petites collections *unilatérales*, avec conservation de l'utérus et des annexes du côté opposé.

2° L'ablation simultanée des annexes et de l'utérus par la voie abdominale.

L'incision simple suivie de drainage représente la méthode de choix :

1° Pour l'ouverture des *abcès pelviens aigus*, d'origine cellulaire. Le siège de l'incision est imposé par le point où se produit le relief de la collection, soit à la paroi de l'abdomen, soit dans le vagin ;

2° Pour l'ouverture des collections *péritonéales primitives*, d'origine puerpérale, abortive ou gonorrhéique, aiguës ou subaiguës, ou consécutives à une infection péritonéale post-opératoire ;

3° Pour l'ouverture des *hématocèles* suppurées.

Grâce à une meilleure technique et surtout à de meilleurs modes de drainage, l'incision simple a gagné du terrain dans le traitement des *abcès pelviens enkystés* siégeant dans les annexes. Dans ces cas, elle ne peut être appliquée avec efficacité et sécurité que si la poche est unilatérale, à parois peu épaisses, facilement fluctuante, bas située ou pouvant être amenée par la pression hypogastrique au contact de la paroi vaginale.

Elle trouve sa meilleure indication dans les *suppurations aiguës* de l'ovaire ou de la trompe, s'accompagnant d'un état général grave et dans lesquelles la virulence exaltée du pus contre-indique une laparotomie ou une hystérectomie d'emblée.

Cette opération *d'attente* donne les meilleurs résultats immédiats et assure la guérison *définitive* dans un nombre de cas plus considérable qu'on le croirait a *priori*.

L'insuccès de l'incision vaginale, démontré par la persistance d'une fistule purulente ou le retour de la suppuration, ne compromet pas une opération ultérieure par l'hystérectomie vaginale.

La laparotomie et l'hystérectomie vaginale appliquées au traitement des suppurations pelviennes ne sont pas des méthodes

rivales ; elles ont l'une et l'autre leurs indications et leurs avantages.

Les indications de la laparotomie sont dominées par la considération du siège *unilatéral* des lésions. Quand il s'agit d'une femme jeune, toutes les fois qu'il y a doute sur la bilatéralité des lésions, la laparotomie qui permet, par la vue, le contrôle du côté opposé s'impose comme l'opération de choix. Cette considération, surtout très importante quand il s'agit d'affections annexielles non suppurées, perd une partie de sa valeur, quand il s'agit de lésions suppurées ; lorsqu'un des côtés est purulent, il est rare que le côté opposé ne soit pas lui-même atteint de lésions inquiétantes pour l'avenir.

Tous les efforts du diagnostic doivent tendre à déterminer, d'une manière aussi précise que possible, le siège uni ou bilatéral des lésions.

Le doute sur la *nature* des lésions — possibilité de la présence d'un kyste simple ou dermoïde de l'ovaire, d'une grossesse extra-utérine, etc., — fera préférer la laparotomie ; la question se trouve du reste en pareil cas généralement déjà tranchée par la considération du siège unilatéral de la collection.

Dans les cas de lésions bilatérales où les deux opérations peuvent être discutées, la *situation* des poches purulentes, par rapport à l'utérus et aux culs-de-sac vaginaux, est une source importante d'indications. La laparotomie peut revendiquer les poches haut situées, adjacentes au fond et aux cornes de l'utérus, assez éloignées de cet organe et des culs-de-sac vaginaux, pour que la matrice jouisse d'une certaine indépendance et de quelque mobilité ; poches plus abdominales que pelviennes, non entourées de tissus épaissis et indurés, n'ayant pas été la cause de poussées pelvi-péritonéales à répétition. Dans ces conditions, les poches purulentes peuvent être plus facilement décortiquées et pédiculisées par la laparotomie. Leur ouverture aveugle et précoce au cours d'une hystérectomie vaginale peut donner lieu à une infection péritonéale aiguë par souillure des anses intestinales, au milieu desquelles elles sont situées et qui ne sont pas défendues par une ancienne barrière d'adhérences organisées.

En dehors de ces restrictions basées sur le siège unilatéral de la lésion, sur l'incertitude de la nature de la lésion, sur la situa-

tion élevée de la poche purulente, l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes peut faire tout ce que ferait la laparotomie ; elle permet d'enlever facilement les salpingites suppurées, les petits pyo-salpinx, les ovarites suppurées ; elle permet d'atteindre et de guérir des lésions contre lesquelles la laparotomie est impuissante ou trop dangereuse.

Seule, elle permet d'ouvrir et de drainer les collections purulentes multiples, incluses à la fois dans les annexes et dans des adhérences péritonéales, séparées de la grande cavité du péritoine par des tractus solides et organisés, véritable processus fibreux, dans lequel, par la laparotomie, la vue est impuissante et toute tentative d'énucléation dangereuse.

Elle représente la méthode de choix dans le traitement des grosses poches adhérentes, non énucléables, compliquées ou non de fistules ; seule, elle peut guérir les suppurations chroniques du tissu cellulaire péri-utérin abandonnées à leur ouverture spontanée et, le plus souvent, accompagnées de communication avec les organes du voisinage.

Dans ces cas, l'opération doit rester presque toujours purement évacuatrice ; l'ablation de l'utérus représente un drainage idéal grâce auquel les collections se vident, peuvent être détergées et taries. Vouloir, en pareil cas, pratiquer l'extirpation de la poche, c'est faire perdre à l'opération tous les avantages de sa simplicité et de sa bénignité et méconnaître un des rôles principaux de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes.

Les résultats opératoires immédiats fournis par la laparotomie ne sauraient constituer aujourd'hui un argument en faveur de cette méthode ; la proportion des succès par l'opération vaginale s'est notablement accrue dans ces dernières années. L'avantage reste à l'hystérectomie vaginale, qui s'adresse à des lésions contre lesquelles la laparotomie serait impuissante ou dangereuse. Appliquée à la cure des cas simples, l'hystérectomie donne la même proportion de succès que la laparotomie ; appliquée au traitement des cas graves, elle donne une proportion plus considérable et représente une intervention relativement bénigne.

HOWARD KELLY (Baltimore), *co-rapporteur*. — Il y a quatre méthodes de traitement opératoire des suppurations pelviennes:

A. — Ponction par le vagin.

B. — Traitement opératoire conservateur.

C. — Salpingo-oophorectomie simple; combinée occasionnellement avec l'amputation d'une corne de l'utérus.

D.— Hystéro-salpingo-oophorectomie.

A. — Ponction par le vagin. — La ponction vaginale devra être essayée de prime abord, avant de recourir à la laparotomie dans les cas suivants :

1. Lorsqu'il existe des masses inflammatoires compactes, siégeant sur les côtés ou en arrière de l'utérus, qui sont en contact immédiat avec le vagin et sont séparées par des adhérences de la cavité péritonéale.

2. Pour les cas anciens où il existe un trajet fistuleux s'ouvrant dans le rectum, la vessie, ou au niveau de la paroi abdominale antérieure.

3. Dans les cas d'hydrosalpinx volumineux et lorsque la trompe peut être facilement atteinte par la voie vaginale.

4. Pour la pelvi-péritonite enkystée.

Dans les cas indiqués, on doit préférer cette intervention pour les raisons suivantes. — 1. Il ne survient pas après elle de troubles nerveux, comme c'est le cas après l'hystéro-salpingo-oophorectomie.

2. Les fonctions de la menstruation et de la conception sont conservées.

3. Guérison rapide : en 8 ou 10 jours.

4. Point de danger pour l'intestin, comme c'est le cas pendant l'énucléation difficile d'une tumeur pelvienne adhérente.

5. Mortalité inférieure à 2 p. 100.

Dangers de l'opération. — 1. L'hémorrhagie.

2. La perforation du rectum ou de l'intestin (2 cas).

3. Péritonite par pénétration du pus dans la cavité abdominale (aucun cas).

La guérison ne sera pas complète dans les cas suivants. — 1. Lorsque en plus de l'abcès il existe de la cellulite s'étendant aux parois pelviennes, comprimant les troncs nerveux, les vaisseaux et les artères.

2. Lorsqu'il existe un rétrécissement notable du rectum, dû à la présence de tissu inflammatoire périrectal ; ce rétrécissement

persistera après guérison de l'abcès et donnera lieu à des troubles post-opératoires.

Dans quelques cas on se verra obligé de faire une incision exploratrice. — 1. Pour se rendre un compte exact de l'état des lésions et examiner si une opération radicale n'est pas nécessaire.

2. Pour éviter de ponctionner l'intestin, placé quelquefois entre l'abcès et la paroi vaginale.

3. Pour faciliter l'évacuation complète du pus en guidant l'instrument dans les cavités d'anciens abcès ou dans les poches de pyosalpinx doubles.

La ponction vaginale est surtout indiquée chez les jeunes femmes mariées, ou chez les filles auxquelles on ne doit pas proposer une opération radicale, avant d'avoir essayé tous les traitements conservateurs.

Opération. — Différencier après examen préalable les cas pour lesquels la ponction vaginale sera précédée d'une incision exploratrice et ceux où la ponction simple suffira.

a) *Laparotomie exploratrice précédant la ponction vaginale.* — 1. Désinfection du vagin.

2. Si, après incision exploratrice, le chirurgien se décide pour la ponction vaginale, des assistants secondaires placent la malade en position périnéale, et, de cette manière, l'opérateur et ses aides gardent leurs mains désinfectées. L'incision abdominale est recouverte d'une compresse de gaze.

3. L'opérateur devra conserver une de ses mains toute désinfectée, au cas où l'exploration bimanuelle à travers l'incision abdominale devienne nécessaire; il devra se désinfecter à nouveau si ses deux mains viennent en contact avec le vagin.

4. Après ponction faite, le premier assistant fermera l'abdomen.

b) *Simple ponction vaginale.* — 1. Désinfection du vagin.

2. Choisir l'endroit le plus favorable pour la ponction en évitant soigneusement les artères utérines, les uretères, la vessie.

3. Introduire l'index ou des ciseaux dans la poche purulente et élargir l'ouverture.

4. Employer même si c'est nécessaire de gros dilatateurs utérins.

5. Laver la poche à la solution salée physiologique, *sauf s'il*

y a lieu de supposer une communication avec la cavité péritonéale.

6. Drainage : A la gaze, avec un tube de caoutchouc, avec une canule en argent.

Soins consécutifs. — 1. Laisser le drain 5 jours, en irriguant la cavité avec une faible solution boriquée ou de peroxyde d'hydrogène et en employant un irrigateur à canule en verre.

2. Changer le drain ou la gaze après 5 jours; les enlever définitivement après 4 autres jours.

3. Faire 2 fois par jour des irrigations vaginales avec une solution boriquée jusqu'à cessation de tout écoulement.

4. La malade se lèvera le 8e jour, si la convalescence suit son cours normal, sinon exiger 15 jours de lit.

Observations cliniques des cas. — 1. Parfois température élevée pendant les premiers jours après la ponction, due probablement à la résorption de matières septiques.

2. Retour de la température à la normale du 3e au 10e jour.

3. Nouvelle élévation de la température si l'ouverture de ponction se ferme trop tôt.

4. Le trajet fistuleux se ferme d'habitude du 10e au 20e jour; il reste rarement ouvert.

5. Dans les cas de longue durée, lorsqu'il existe un trajet fistuleux communiquant avec le rectum, la vessie ou la paroi abdominale antérieure, il faudra souvent maintenir la fistule vaginale ouverte pendant 2 à 3 mois, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'ancien trajet fistuleux soit fermé.

Statistique

Guérisons complètes	15 cas.
— partielles	9 —
Non guéries	4 —
Revenues pour une 2e ou 3e ponction vaginale	5 —
— — l'incision d'une appendicite suppurée	1 —
Opération radicale consécutive	3 —
Non revue	1 —
Morte	1 —

État des organes pelviens après guérison des malades. —

Dans quelques cas, disparition des adhérences, persistance d'une forte induration dans d'autres.

B. — TRAITEMENT OPÉRATOIRE CONSERVATEUR. — 1. Libération des trompes purulentes de leurs adhérences, et ponction à travers le cul-de-sac après les avoir rapprochées du vagin.

2. Ablation d'une trompe ou d'un ovaire d'un seul côté.

C. — SALPINGO-OOPHORECTOMIE SIMPLE OU COMBINÉE AVEC L'AMPUTATION D'UNE CORNE UTÉRINE. — 1. Simple pyosalpinx, cas présentant cette indication.

2. Simple pyosalpinx avec foyer purulent isolé dans la corne utérine.

D. — HYSTÉRO-SALPINGO-OOPHORECTOMIE. — Indications :

1. Pyosalpinx double simple, inaccessible par ponction vaginale.

2. Pyosalpinx double adhérent, accompagné de métrite et endométrite purulentes.

3. Abcès pelviens accompagnés d'appendicite.

4. Abcès pelviens compliqués d'adhérences, comprimant l'intestin grêle.

5. Abcès pelviens avec trajet fistuleux, aboutissant à la courbure sigmoïde ou à l'intestin grêle.

6. Abcès pelviens accompagnés de myômes.

Méthode opératoire de l'hystéro-salpingo-oophorectomie en opérant de gauche à droite ou vice-versa. — Avantages de cette manière d'opérer.

1. Grande facilité.

2. On se rend compte facilement de l'état des lésions.

3. On enlève les tumeurs facilement en les attaquant par le côté où elles sont le moins adhérentes.

4. Pincement et ligature faciles des vaisseaux.

5. Le drainage par l'abdomen n'est pas nécessaire.

6. Absence de résidus post-opératoires, adhérences, obstruction intestinale, péritonites.

Méthode de drainage à travers le pédicule utérin. — Dilatation du canal cervical et introduction de gaze depuis l'abdomen dans le vagin à travers le col. On suture le péritoine en surjet par-dessus le pédicule utérin.

Suites opératoires. — 1. Pas de shock.

2. Convalescence rapide.

3. Guérison du 16e au 21e jour.

4. Absence de fistules urinaires ou rectales.

5. Dans un seul cas, prolapsus du pédicule cervical.

6. Absence de hernie, si l'on suture la paroi abdominale au fil d'argent.

(*Résultats obtenus* d'après l'observation de mes malades du *John Hopkins Hospital, Baltimore.*)

SANGER (Leipzig), *co-rapporteur.* — I. — Vu la multiplicité des suppurations pelviennes, il faut, étant donné un cas particulier, choisir entre les nombreux procédés opératoires celui qui semble le plus approprié et le plus conservateur.

II. — En raison de cette première thèse, la Gynécologie allemande soutient pour le traitement des suppurations pelviennes les principes généraux suivants :

1° Il y a lieu de poser une indication rigoureuse pour toute intervention opératoire.

2° L'intervention doit être la plus conservatrice possible.

3° Il faut en outre toujours choisir l'intervention la plus appropriée au cas donné, en se basant pour cela sur le diagnostic bactériologique, clinique, et anatomique.

III. — La plupart des gynécologistes rejettent aujourd'hui l'hystérectomie et l'hystéro-salpingo-oophorectomie vaginale comme procédé opératoire unique ou de choix, lorsqu'il s'agit des formes de suppurations pelviennes les plus fréquentes et les plus importantes, c'est-à-dire de celles qui prennent naissance dans les annexes. Ils préfèrent à ces deux opérations des procédés plus conservateurs et la voie abdominale.

Il faut voir la question si vaste et si compliquée des suppurations pelviennes sous un jour plus large que celui de l'hystérectomie.

IV. — Importance générale des mesures préventives.

V. — Valeur respective du traitement expectatif et du traitement opératoire.

VI. — Procédés de traitements spéciaux.

1° *Le domaine de la ponction* se restreint aux cas invétérés d'abcès encapsulés ou de collections purulentes uniques dans des organes clos. On ne peut espérer le succès que lorsque le pus est stérile.

Il ne faut traiter de cette manière que les cas où le foyer puru-

lent peut être atteint sans risque de croiser la cavité pelvi-péritonéale.

2° *Le domaine de l'incision* s'étend :

a) Aux cas de foyers purulents *extra-péritonéaux*. Il y a lieu de limiter ce procédé à de véritables collections purulentes. Disposition et rapports de l'uretère,. dont on doit toujours tenir compte. En ce qui concerne les exsudats pelviens phlegmoneux, survenant dans les suites de couches et dont les nombreux restes cicatriciels montrent l'extrême fréquence, il faut attacher la plus grande importance à la prophylaxie et à un traitement commencé aussi tôt que possible.

b) Aux cas de foyers purulents *intra-péritonéaux*. On peut donner à cette opération le nom de colpo-cœliotomie simple (elle sera le plus souvent postérieure).

Le procédé le plus simple consiste dans l'incision du vagin avec le thermocautère et l'ouverture du foyer avec une pince à pansements. Il n'y a pas lieu de faire aucune irrigation, ni de remplir la cavité avec de la gaze immédiatement après l'opération. On ne le fera que plus tard dans le traitement consécutif post-opératoire.

Afin d'obtenir une ouverture plus grande on peut adjoindre à l'incision précédente l'incision médiane de la paroi postérieure du col ainsi que la résection de l'utérus (Th. Landau). J'ai opéré moi-même 2 cas de foyers purulents intra-péritonéaux anté-utérins par la colpo-cœliotomie simple, et Prochownick (d'après le questionnaire) 6 cas.

L' « *incision* » est plus particulièrement l'opération de choix dans les collections purulentes chroniques et uniques, qui contiennent un pus le plus souvent stérile; elle peut être éventuellement utile après une cœliotomie purement exploratrice; enfin on peut aussi y avoir recours dans les cas de suppurations survenant après des opérations radicales vaginales, incomplètes.

L'incision est également une opération de choix dans certains cas aigus, tels que les suppurations libres dans le cul-de-sac de Douglas, les hématocèles suppurées. Dans ce dernier cas elle l'est seulement, lorsqu'il y a en même temps des symptômes de péritonite généralisée. S'ils font défaut, il faut lui préférer l'opération de l'hématocèle (presque toujours consécutive à une grossesse tubaire) par la cœliotomie.

L'incision large du Douglas et des paramètres,lorsqu'il s'agit de

pelvi-péritonite et de paramétrite septique puerpérale aiguë (Henrotin, Jacobs), n'a pas encore fait ses preuves.

Dans cette question du traitement opératoire des suppurations pelviennes on peut aujourd'hui opposer à l'hystérectomie (castration utérine de Péan), qui n'est plus regardée actuellement comme la seule et unique opération de choix et à l'extirpation radicale par la voie vaginale de foyers purulents enkystés, qui n'est pas toujours possible, l'incision par le vagin des cavités de la collection purulente avec conservation de l'utérus. Cette dernière opération est susceptible dans l'avenir de perfectionnement et sa valeur vis-à-vis des 2 premières est comparable à celle de l'incision d'abcès multiples du rein vis-à-vis de la néphrectomie.

Pour pouvoir contrôler simultanément par les yeux le travail exécuté par le doigt qu'il avait introduit par incision vaginale, H.-A. Kelly dit avoir recours à l'ouverture de la cavité abdominale.

c) La cœliotomie est toujours indiquée dans les cas de collections purulentes constituant par leurs dimensions de véritables tumeurs, ainsi que dans les vraies tumeurs suppurées. La cœliotomie toute simple et le drainage suffisent dans les cas de foyers enkystés, résidus de péritonite purulente (et tuberculeuse), si toutefois l'on ne se voit pas obligé d'enlever les annexes et d'autres organes en état de suppuration.

Il faut extirper entièrement les organes suppurés (tels que de grosses poches purulentes provenant des trompes ou des ovaires, des grossesses tubaires ou tubo-abdominales suppurées, des kystes de l'ovaire suppurés, etc.). Il ne faut s'en tenir à l'incision simple du foyer en un ou deux temps que dans des cas de nécessité absolue.

Un moyen mixte consiste à ouvrir d'abord le foyer, puis à le suturer dans la cavité abdominale après l'avoir vidé complètement et à drainer par le vagin (A. Martin).

3° Les difficultés pour le choix d'un traitement opératoire, lié à l'ouverture de la cavité abdominale, dans les affections suppurées des annexes, se sont récemment encore augmentées par le fait du nombre toujours plus considérable des modes et des procédés opératoires proposés.

Classification des procédés opératoires. — I. — Procédés vaginaux.

1. Colpo-cœliotomie antérieure (Dührssen, A. Martin, etc.).

2. Colpo-cœliotomie postérieure (Aubé, Hegar, Bailey, Byford, Laroyenne, L. Landau, Mackenrodt et d'autres).

3. Colpo-cœliotomie ant. et post. (Bode, von Erlach, Gottschalk), combinée avec la salpingo-oophorectomie uni. ou bilatérale.

4. Colpo-hystérectomie (castration utérine de Péan).

5. Colpo-hystéro-salpingo oophorectomie, « opération radicale » par la voie vaginale (Péan, Segond, Doyen, L. Landau).

II. — Procédés abdominaux.

1. Cœlio-salpingectomie et cœlio-salpingo-oophorectomie uni ou bilatérale.

2. Cœlio-salpingo-oophoro-hystérectomie totale (opération radicale abdominale) (Krug, Polk, Delagénière, Schauta, Bardenheuer, etc.).

3. Cœlio-salpingo-oophorectomie bilatérale combinée avec l'hystérectomie supravaginale (Zweifel, H.-A. Kelly, Sänger).

III. — Hystéro-salpingo-oophorectomie abdomino-vaginale, commencée le plus souvent par la voie vaginale et terminée par la voie abdominale (L. Landau).

IV. — Cœliotomie sacrée ou parasacrée (Hegar, v. Hochenegg, Czerny, Schede et d'autres). Cette dernière opération n'est faite que par un petit nombre de chirurgiens et dans des cas restreints.

On voit par ce tableau qu'il y a deux séries de procédés, les procédés vaginaux et les procédés abdominaux et que ces deux séries forment séparément chacune une chaine s'étendant des opérations conservatrices aux opérations radicales.

Ce fait est passablement différent de celui que l'on pouvait constater en 1892. A cette époque, en effet, on ne pouvait guère opposer à l'hystérectomie vaginale, qui n'avait pas encore reçu les perfectionnements nécessaires pour devenir une opération radicale par la voie du vagin, que la salpingo-oophorectomie. abdominale.

L'origine des procédés opératoires conservateurs par la voie vaginale et par la voie abdominale réside dans le fait que l'on a reconnu l'influence nuisible d'une extirpation prématurée des ovaires ou bien encore d'une extirpation complète de tout l'appareil génital interne, et cela surtout chez les personnes jeunes.

Le traitement de tous les symptômes qui se produisent à la suite de ces mutilations (cachexia oophoripriva, L. Landau), traitement qui consiste, d'après les principes de Brown-Séquard,

dans l'alimentation avec du tissu ovarien animal ou des injections sous-cutanées de suc ovarien, n'en est qu'à sa période d'essai.

Dans tous les cas il est infiniment préférable de conserver tout ce qui peut être conservé des ovaires et de l'utérus plutôt que de recourir plus tard à une alimentation avec du tissu ovarien ou utérin, comme on l'a déjà fait.

« *Parce ovario et utero, si possis.* »

En raison de ce qui vient d'être dit, on a déjà publié beaucoup de cas où les annexes suppurées d'un seul côté ou de tous les deux ont été enlevées par la colpo-cœliotomie ant. et post.

En ce qui concerne la colpo-cœliotomie antérieure, on m'a encore communiqué par l'entremise du questionnaire, outre les cas déjà publiés de Dührssen, Kossman, Riedinger, quelques cas nouveaux de Bode, Czempin, von Erlach, A. Martin, Präger, Prochownick, Simon. Quant à la colpo-cœliotomie postérieure, qui dans ces derniers temps a joui d'une vogue particulière, Goullioud, élève de Laroyenne, a déjà fait une publication à son sujet, au dernier Congrès de Bruxelles. Mackenrodt tout récemment y a aussi attaché son nom.

D'autres cas opérés par Bode, Czempin, Everke, Günther, Köttschau, Leopold, Meinert, Prochownick, Simon, Wehmer m'ont été communiqués par l'entremise de mon questionnaire.

Mais les opérations radicales sont aussi pleinement justifiées dans les cas où la gravité de l'affection exige l'extirpation de la totalité des organes malades.

Il en résulte qu'il faut rejeter d'une manière absolue l'extirpation vaginale d'un utérus normal lorsque cette dernière opération ne doit être qu'un temps préparatoire pour permettre d'arriver aux annexes. L'inutilité de l'utérus, ou l'utérus regardé comme « une quantité négligeable », sont des dogmes très graves.

Exemples : *L'opération radicale* soit par le vagin, soit par l'abdomen, n'est pas justifiée : dans les salpingites purulentes uni et bilatérales, lorsque l'orifice abdominal de la trompe est encore ouvert; dans les formes légères de salpingites purulentes, d'abcès de l'ovaire; dans les affections chroniques non purulentes des annexes; dans les inflammations chroniques simples de l'utérus (Endométrite hyperplastique, E. gonorrhéique chronique; Périmétrite chronique). Il vaut mieux avoir devant soi un utérus, même s'il est légèrement malade et s'il a besoin d'un traitement prolongé, que pas d'utérus du tout.

Par contre, *l'opération radicale* est entièrement justifiée dans

les suppurations graves des annexes, du péritoine pelvien, du tissu cellulaire conjonctif du petit bassin, lorsque ces dernières affections coexistent avec une affection grave de l'utérus qui par elle-même exigerait l'extirpation de cet organe [illegible] sarcomes, affections bénignes de l'endométrium [illegible] des hémorragies profuses, etc.... ou bien [illegible] d'une affection purulente des annexes [illegible]

Justement l'abcès pelvien compliqué [illegible] c'est-à-dire la combinaison simultanée de suppurations [illegible] [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

forcipressure à l'opération radicale par voie vaginale dans les suppurations pelviennes.

Les différents procédés opératoires des élèves et adeptes de Péan, Segond, Richelot, Terrier (1), Jacobs, etc., ont trouvé en Allemagne leur juste appréciation et on y a reconnu l'utilité des différentes modifications apportées au procédé primitif de Péan, telles que l'incision médiane de l'utérus sans hémostase préventive, d'après Doyen, et la division médiane de l'utérus d'après P. Müller. Cependant, malgré que le procédé de Péan et ses modifications d'après Doyen aient trouvé en Landau et son école des défenseurs infatigables et de brillants succès, les opérateurs allemands ne pratiquent l'hystérectomie vaginale et l'opération radicale par le vagin qu'exceptionnellement et rarement par le procédé des pinces, tandis qu'ils attaquent même les cas les plus difficiles de suppurations pelviennes par la voie abdominale. J'arrive à cette affirmation en me basant sur les indications fournies par une soixantaine de questionnaires que j'ai envoyés dans le but de me renseigner auprès des gynécologues allemands, à laquelle des deux voies, abdominale ou vaginale, était donnée la préférence. Les 25 opérateurs suivants n'ont jamais fait d'hystérectomie vaginale pour les cas de suppurations pelviennes : Dohrn, Eckhard, Ehrendorfer, Fehling, E. Fraenkel, Frommel, Gottschalk, Gräfe, Gusserow, Kehrer, Keller, Klein, Kümmel, Osterloh, Präger, Runge, Schramm (emploie d'habitude les pinces pour l'hystérectomie), Schuchardt, Simon, Staude, Stumpf, Walcher, Wiedow, von Winckel, Zweifel.

Tous les autres appliquèrent l'hystérectomie vaginale exceptionnellement et presque toujours avec le procédé des ligatures, ce qui veut dire qu'ils n'ont pas attaqué par la voie vaginale les cas les plus graves, c'est-à-dire ceux où l'on ne peut se passer de pinces. C'est ainsi que quelques-uns déclarent qu'ils n'opèrent par le vagin que les cas dans lesquels on ne peut s'attendre à rencontrer que peu ou pas d'adhérences, d'autres parlent seulement d'un ou deux cas. Enfin quelques-uns laissent supposer qu'ils opérèrent des affections chroniques des annexes, mais non à l'état de suppuration.

Quelques autres, ayant commencé par une salpingo-oophorectomie par voie vaginale, se virent forcés pour terminer à enlever l'utérus.

(1) Nos lecteurs s'étonneront en voyant combien peu les gynécologues allemands sont au courant de la chirurgie et des chirurgiens français.

Les chirurgiens suivants opèrent uniquement par le procédé des ligatures : Asch (peu de cas), Bode, Czerny, Everke, von Erlach, Günther, Kötschau, Leopold (le premier en Allemagne), A. Martin, Meinert, Hermann (1 cas), Schauta (a employé les pinces simplement à titre d'essai), Thorn, Werth.

Ont employé tantôt les pinces, tantôt les ligatures, Baumm, Bumm, Hofmeier, Küstner, Prochownick, von Rosthorn, Wehmer. Cependant la plupart d'entre eux donnent la préférence aux ligatures. Seul, Prochownick employa surtout les pinces dans les cas d'affections suppurées.

Le système des pinces seules a été appliqué par Czempin (depuis 3/4 d'année et seulement dans les cas où l'on ne devait pas s'attendre à rencontrer de fortes adhérences intestinales), Pfannenstiel (2 cas), Döderlein (4 cas, tandis qu'auparavant il avait opéré 58 cas de salpingo-oophorectomie par l'abdomen).

Seulement 5 gynécologistes ont adopté dernièrement l'opération radicale par le vagin : Bode, Bumm, Schauta, Döderlein et Werth et, parmi ceux-ci, Döderlein seul a employé uniquement les pinces dans ses 4 cas. Bumm et Schauta avaient en vue l'extirpation de l'utérus atteint de gonorrhée.

Depuis le mois de novembre 1893 j'ai pratiqué moi-même 44 fois l'hystérectomie vaginale et l'hystéro-salpingo-oophorectomie d'après le procédé de Péan ou celui modifié par Doyen et d'après les indications les plus diverses, comprenant très peu de cas de suppurations pelviennes et d'affections chroniques des annexes. Mais dernièrement je suis revenu à l'emploi des ligatures, comme aussi Jacobs en a fait de même. Pendant cette même période de temps j'ai opéré 36 cas de suppurations pelviennes par la voie abdominale et toutes mes malades ont guéri.

Les principaux reproches que l'on peut faire à l'hystérectomie vaginale et l'hystéro-salpingo-oophorectomie sont les mêmes que précédemment, c'est-à-dire, début de l'opération par l'utérus et non par les annexes malades, impossibilité d'arrêter l'intervention opératoire dans un sens conservateur, l'investigation du champ opératoire ne peut être faite d'une façon complète, d'autres foyers purulents (appendicites) peuvent passer inaperçus, impossibilité absolue, dans certains cas, d'opérer d'une façon radicale, danger de blesser les organes voisins, spécialement l'intestin, danger d'hémorrhagie en cas de défaut des pinces, etc.

D'autre part, les inconvénients des pinces sont les suivants : la position désagréable de la malade après l'opération, l'hémorrhagie consécutive, les lésions des intestins, le danger d'infection par les pédicules atteints de nécrose et, avant tout, la fermeture de la cavité abdominale fait inévitablement défaut. Il faut cependant remarquer que ce dernier inconvénient n'en est pas un véritable dans les cas de suppurations pelviennes, car la cavité du bassin est généralement séparée de la cavité abdominale générale et cette large ouverture du pelvis peut à la rigueur faire partie du programme opératoire.

Dans les cas d'affections légères suppurées des annexes, lorsque dans le cours de l'opération on ne rencontre pas de pus et que les poches ne sont pas ouvertes, on peut tranquillement fermer la cavité péritonéale. Depuis que Kaltenbach et Olshausen ont introduit cette fermeture dans la pratique (voir le discours d'Olshausen au Congrès allemand de Chirurgie de 1896) nous y attachons une grande importance, et c'est la raison principale pour laquelle les gynécologues allemands donnent la préférence aux procédés par les ligatures.

Il n'en est pas de même, lorsque l'opération radicale par voie vaginale est pratiquée comme opération de choix pour les suppurations graves et bilatérales des annexes ou pour les abcès pelviens compliqués, car, dans ces cas, le procédé des pinces est certainement plus facile et beaucoup plus commode et il devient nécessaire de laisser ouverte la cavité pelvienne.

En faveur du maintien de la voie abdominale pour ces opérations, on peut avancer que la technique des opérations abdominales s'est améliorée en même temps que leur danger a diminué, par :

A. — L'emploi de l'asepsie.

B. — Par la narcose à l'éther.

C. — Par la position élevée de Trendelenburg.

D. — Par le drainage à la gaze.

E. — Par l'amélioration de la fermeture de l'abdomen.

4° Ce sont ces mêmes raisons qui facilitèrent l'introduction d'une intervention encore plus radicale que l'extirpation vaginale, c'est-à-dire l'opération radicale par voie abdominale. Elle représente le summum de l'intervention radicale et procède, d'une part, de l'extirpation totale de l'utérus myomateux (Bardenheuer,

Martin, Krug, Polk, Penrose, Baldy et autres chirurgiens, spécialement américains), d'autre part, du fait qu'après la salpingo-oophorectomie par voie vaginale, l'utérus conserve les pédicules, les ligatures donnant lieu à une série de troubles et de symptômes douloureux, qui peuvent nécessiter une extirpation consécutive de l'utérus par voie vaginale (Chrobak, Schauta).

L'opération a été le plus souvent exécutée par des chirurgiens américains (voir la liste de Clinton Cushing, dans *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, I, 6).

Schauta, au VIe Congrès des gynécologues allemands (Vienne 1895), relate 30 cas, avec 2 cas de mort. Ces derniers temps il pratique de nouveau l'opération radicale vaginale (communication de Wertheim à mon adresse). Il résulte des réponses obtenues à mes circulaires que de nombreux gynécologues allemands n'exécutent qu'exceptionnellement et d'après des indications spéciales la cœlio-hystérectomie susvaginale, ou la cœlio-hystérectomie totale, pour annexites suppurées. Je partage moi-même ce point de vue.

L'opération abdominale a été faite par Czempin (5 cas, 3 morts), Döderlein (2 cas), Everke (cas nombreux), v. Rosthorn.

Bardenheuer a fait publier tout dernièrement par son assistant Bliesener un travail assez volumineux (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, vol. III, 5, 6, vol. IV, 1) dans lequel les divers modes opératoires sont discutés d'une façon très complète : 40 opérations avec 2 cas de mort. Le nombre des opérations a actuellement atteint le chiffre de 56 cas avec 3 cas de mort, d'après les réponses à mes circulaires. Les particularités techniques du procédé se résument dans le fait que les annexes sont attaquées par le feuillet antérieur du ligament large, et dans cette circonstance, qu'une cloison péritonéale est formée par la suture des restes du ligament large de l'S iliaque, des appendices épiploïques, si bien que la cavité pelvienne se trouve complètement isolée de la grande cavité abdominale. On renonce *a priori* à fermer l'ouverture péritonéale, et les adhérences intestinales sont attribuées au fait du tamponnement avec de la gaze. — Les suites de l'opération de Bardenheuer, difficile et compliquée, ont presque toujours été très longues. Le séjour à l'hôpital des malades a été de 10 1/2 semaines en moyenne, et des opérations complémentaires graves ont souvent dû être pratiquées.

L'opération vaginale, peut-être moins radicale que le procédé abdominal, est cependant d'une exécution infiniment plus simple et beaucoup moins dangereuse ; *elle doit être considérée comme une opération de choix.*

6° La salpingo-oophorectomie bilatérale peut être combinée avec une autre opération abdominale radicale : *l'hystérectomie susvaginale, ou amputation transversale du corps utérin.* C'est H.-A. Kelly qui a le plus souvent pratiqué cette opération dans des cas d'annexite suppurée. Il existe en outre des cas de Bode, Pfannenstiel et de moi-même. Grâce à la ligature continue d'après l'excellente méthode de Zweifel, cette opération ne constitue guère une complication, d'autant plus qu'elle simplifie la formation du moignon des ligaments larges.

Toutes les fois que la conservation n'est pas indiquée, la cœlio-salpingo-oophoro-hystérectomie susvaginale sera l'opération radicale la moins dangereuse. On peut même la faire en conservant une partie des ovaires (Zweifel).

Question du drainage. — Pourquoi il est indispensable dans les opérations abdominales.

Indications. — 1° Toutes les fois que le pus virulent a contaminé la main de l'opérateur ou une région intacte du ventre.

2° Toutes les fois que l'hémostase n'est pas parfaite, ou qu'il y a eu en même temps écoulement de pus virulent.

3° En cas d'existence de fistule avant l'opération ou de perforation d'intestin, survenue pendant l'opération, ou à craindre dans la suite. Toutes les fois aussi que des fistules ou des perforations ont été occasionnées par la suture. Les fistules et les blessures intestinales ne doivent être opérées que par cœliotomie. (Voir Sänger, *Centralbl. für Gyn.*, 1895, 47, et L. v. Dittel, *Centralbl. für Gyn.*, 1896, 3.) Au point de vue technique on donnera la préférence au drainage par tamponnement d'après Mikulicz.

Ce tamponnement a été adopté par moi depuis que j'ai abandonné le drainage combiné par le tamponnement et les tubes de verre (1892). Je l'ai exécuté 13 fois dans 42 opérations d'annexites suppurées, avec un cas de mort survenue immédiatement après l'opération, et présentant des conditions particulièrement défavorables.

Avantages et inconvénients du drainage. — Qu'il soit permis de faire remarquer à Bardenheuer-Bliesener que l'obstruction

intestinale n'a jamais été observée, pas plus ici que dans d'autres cas de drainage par Mikulicz.

Le drainage abdomino-vaginal à la gaze, recommandé en outre par Döderlein, ne garantit ni l'écoulement parfait des sécrétions, ni l'isolement du reste de la cavité abdominale, à moins qu'une cloison péritonéale n'ait été établie par-dessus (von Ott, Zweifel et autres). Il n'est pas suffisant en cas de blessure intestinale, les matières fécales ne faisant issue qu'au bout de quelques jours. L'établissement d'une ouverture dans le vagin peut présenter des difficultés dans les cas de larges adhérences intestinales au fond du Douglas.

Grâce au drainage d'après Mikulicz, que Pozzi et d'autres ont également conservé, l'on peut affronter toutes les difficultés d'une opération abdominale ; ni l'hémorrhagie, ni l'écoulement de pus, ni les lésions accidentelles, particulièrement celles de l'intestin ne sont fatales. L'on peut toujours garantir la vie de la malade quitte à amener plus tard, sans grande difficulté, la guérison définitive. Le tamponnement supprime les soucis que doit éprouver celui qui a osé fermer le ventre dans des cas de ce genre.

RÉSULTATS. — *Résultats personnels.* — Depuis mon dernier rapport (Ve congrès des gynécologues allemands à Breslau 1893, j'ai pratiqué la cœliotomie dans 36 cas de suppuration pelvienne grave. Une fois avec extirpation totale par voie abdominale, une fois avec amputation susvaginale, onze fois avec drainage d'après la méthode de Mikulicz.

Toutes ces opérées ont guéri.

Les réponses que j'ai obtenues à mes questions sont trop incomplètes au point de vue des résultats pour que je puisse en tenir compte à cette place.

Les différences numériques concernant les diverses statistiques sont insignifiantes, et nous estimons que la question ne peut pour le moment être résolue par une simple statistique.

Des publications ont été faites en faveur de l'hystérectomie vaginale par Segond, Richelot, Terrier, Jacobs, L. Landau, et d'autres.

En faveur de la cœlio-salpingo-oophorectomie, par Chroback, Schauta, Zweifel, A. Martin, moi-même et d'autres.

Pour l'opération radicale abdominale, par Clinton-Cushing,

Bliesener ; une statistique comparative est due à Max Landau (clinique de Jacobs).

Une supériorité du procédé vaginal sur la méthode abdominale (à l'exception de l'opération abdominale radicale) ne saurait en aucune façon être démontrée.

Les résultats des opérateurs les plus heureux sont parfaits pour les deux procédés opératoires ; ils présentent cependant une supériorité en faveur de l'opération abdominale.

L. Landau sur 109 opérations radicales vaginales indique un cas de mort (Vienne 1895) (dans sa monographie la plus récente il ne se trouve pas de nouvelle statistique) ; Zweifel, par contre, sur 216 opérations annexielles par l'abdomen n'a eu que deux cas de mort (1).

Conclusions. — Les partisans des divers procédés opératoires devraient cesser de prôner le leur comme le seul appréciable, ou le meilleur. Il s'agit bien plutôt de déterminer pour chaque cas individuel lequel des procédés en question offre le plus d'avantages.

Que chacun, tout en reconnaissant la valeur d'autres procédés opératoires, tâche de perfectionner le sien, alors le progrès collectif ne fera pas défaut.

Le temps n'est plus où une seule méthode oserait accaparer la vérité pour elle seule.

Henrotin (Chicago). — Pendant longtemps, nous avons suivi en Amérique ce précepte posé par Lawson Tait : ouvrez le ventre et faites votre diagnostic après. Aujourd'hui nous sommes moins pressés d'ouvrir, et nous savons faire mieux le diagnostic clinique ; néanmoins, nous commettons encore souvent des erreurs. Ce qu'il faut seulement retenir, c'est que, mieux le chirurgien saura déceler la maladie, mieux il saura poser les indications opératoires, et meilleurs seront les résultats obtenus.

Les malades que l'on a à traiter peuvent se diviser en deux grandes catégories : celles qui sont susceptibles d'une opération radicale ; celles qui doivent bénéficier d'une intervention conservatrice.

Dans la première catégorie doivent se ranger les femmes mé-

(1) *Ges. f. Geb. zu Leipzig*, déc. 1895.

nopausées ou près de la ménopause, celles dont l'état est particulièrement grave, celles qui ont longtemps souffert, celles qui ont déjà subi une ou plusieurs opérations partielles.

Dans la seconde catégorie rentrent les jeunes filles, les jeunes femmes, les malades qui sont atteintes d'une affection simplement unilatérale.

Comme opération, si j'en excepte l'incision inguinale, je n'admets que 3 interventions : l'incision vaginale, l'ablation unilatérale, l'hystéro-salpingo-oophorectomie.

L'incision vaginale doit être pratiquée très fréquemment. Elle peut être exécutée dans deux cas bien différents : les cas tout à fait au début et les cas anciens.

L'incision vaginale précoce est à exécuter dès que le diagnostic d'inflammation des annexes est posé, et doit être substituée au traitement médical (cataplasmes, douches vaginale ou rectale, etc.) L'incision vaginale sera faite dans le cul-de-sac postérieur : on introduit le doigt et on explore en s'aidant du palper bimanuel ; il s'agit soit de pelvi-péritonite, soit de salpingo-ovarite, soit de cellulite. Dans les deux premiers cas, on évacue ce qu'il y a à évacuer (pus, séro-pus, sérosité) ; dans le second, on incise secondairement la base du ligament large en en dédoublant les deux feuillets qui contiennent soit du pus, soit de simples exsudats. Exceptionnellement, on pratiquera la colpotomie antérieure, si les lésions sont en avant.

Il ne faut pas faire d'irrigation et on devra se contenter d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas et de drainer.

L'incision vaginale est connue depuis longtemps, et je n'insiste que sur ce point qu'elle doit être précoce et substituée au traitement médical ordinaire, pour le plus grand bien des malades. Jusqu'à ce jour j'y ai eu recours 78 fois, du 5e au 190e jour depuis le début de l'affection. 2 fois, l'état n'a été ni amélioré ni empiré ; 3 ou 4 fois, l'opérée a été seulement améliorée ; toutes les autres malades ont guéri ou, tout au moins, ne sont pas revenues me trouver. Je n'ai jamais eu de mort.

Enfin, dans les cas anciens, l'incision pourra souvent donner de bons résultats. On y aura recours, sans rien promettre d'ailleurs, et en s'attendant, au besoin, à pratiquer l'hystérectomie, si c'est possible.

L'opération radicale ou la castration peut comprendre l'ablation

des annexes seulement ou l'ablation utéro-annexielle complète. Actuellement, en Amérique, la majorité des chirurgiens tend à enlever le tout.

La voie abdominale reste, chez nous, la plus populaire, parce qu'elle permet de voir clair ; elle est d'ailleurs peu grave : les statistiques de Brown, Kelly, Polk, etc., le démontrent.

Comme conclusions et après avoir puisé ma pratique en France, en Allemagne, en Angleterre et en Amérique, je dirai :

1° Les suppurations pelviennes guérissent dans 90 pour 100 des cas, si l'on a recours à l'incision vaginale précoce. Il faut agir vite, dès le début, aseptiser le vagin, curetter l'utérus, inciser.

2° L'incision vaginale, pour les cas anciens, pourra donner une guérison dans 15 pour 100 des cas.

3° Pour une suppuration localisée, unilatérale, pratiquer la laparotomie, enlever les annexes malades et refermer sans drainage.

4° Si la lésion n'est pas bien localisée, bien qu'unilatérale, et que l'utérus soit bien enclavé, faire l'incision vaginale, enlever les annexes malades et drainer.

5° Si le diagnostic est incertain, faire la laparotomie.

6° S'il s'agit d'annexites doubles, avec complications, pratiquer la castration utéro-annexielle.

7° L'hystéro-salpingo-oophorectomie sera pratiquée par la voie vaginale, si les lésions siègent surtout dans le petit bassin, de même que s'il y a fistule.

8° Cette même opération sera pratiquée par la voie abdominale si les collections remontent à mi-chemin de l'ombilic, ou s'il s'agit d'un utérus puerpéral.

PÉAN (Paris). — Depuis mes premières communications sur les avantages de la castration utérine, dans certains cas particulièrement défavorables de suppurations pelviennes, où je m'efforçai le premier de démontrer, qu'en enlevant la matrice par la voie vaginale, on arrivait à guérir des malades que parvenaient trop rarement à guérir les autres méthodes de traitement, de nombreuses adhésions se sont produites à ma façon de voir, tant en France qu'à l'étranger. Je me bornerai à citer les noms de Segond, de Jacobs, de Landau, pour ne citer que les ouvriers de la première heure. Les statistiques qui ont été publiées successi-

vement par moi et par ceux qui ont accepté ma méthode ne tardèrent pas à démontrer que, dans les suppurations pelviennes étendues, bilatérales, accompagnées de lésions graves et anciennes des organes génitaux internes, l'ablation de l'utérus, par la voie vaginale, donne d'excellents résultats, et que la mortalité était, en somme, très faible, pourvu qu'on ait recours à l'hémostase par les pinces, au morcellement et à une asepsie absolue.

Ainsi, au Congrès de Berlin, en 1890, sur les 60 hystérectomies totales que j'avais pratiquées pour des suppurations pelviennes, j'avais la satisfaction d'annoncer que j'avais obtenu 60 succès.

Ma statistique, communiquée au Congrès de Bruxelles en 1892, c'est-à-dire deux ans plus tard, montra également les heureux résultats que donne la castration utérine par la voie vaginale, lorsqu'elle est exécutée avec toutes les précautions d'usage. Les statistiques de Segond, de Jacobs, de Landau, Sänger, sont tout aussi favorables. Les faits nombreux recueillis en ces derniers temps démontrent que la mortalité opératoire oscille entre 1 à 4 p. 100.

Aujourd'hui, la conviction de tous les chirurgiens, qui sont assez habiles pour appliquer cette méthode, est faite et aucun d'eux n'hésite à affirmer que les résultats immédiats et définitifs de la castration vaginale totale ne laissent rien à désirer, lorsqu'elle est exécutée de bonne heure, avant que les malades soient épuisées par des opérations impuissantes à les sauver. Pour comparer notre méthode avec les autres, en particulier avec la méthode ancienne, c'est-à-dire la ponction et l'incision des abcès par le fond du vagin, et avec une méthode plus moderne, la castration tubo-ovarienne, qui compte encore de nombreux partisans, je vais utiliser d'anciennes observations que j'avais recueillies autrefois pour savoir ce que devenaient les malades affectées de suppurations pelviennes, lorsqu'elles étaient abandonnées à elles-mêmes.

Je signalerai ensuite ce que sont devenues les malades auxquelles mes collègues et moi nous nous étions contentés de pratiquer la castration tubo-ovarienne.

Sur 100 malades traitées uniquement par les moyens médicaux :

20 avaient succombé la première année ;

28 avaient guéri à la suite d'ouvertures spontanées par diffé-

rentes voies, telles que le rectum, le vagin, l'utérus, la vessie, l'hypogastre ;

Les autres traînèrent une existence rendue misérable par des désordres graves du côté des viscères éloignés.

Sur 60 malades, chez lesquelles le chirurgien s'était contenté de l'incision vaginale ou abdominale, nous avions noté : 11 guérisons durables et 45 récidives. Chez ces dernières, 10 succombèrent dans un temps qui a varié de une à douze années.

La plupart de celles qui avaient guéri avaient eu des grossesses tubaires enkystées dans le péritoine pelvien. Sur 102 malades affectées de suppurations pelviennes, types mixtes ou compliquées, tuberculeuses ou non, auxquelles la castration tubo-ovarienne avait été pratiquée par moi ou mes collègues, 31 revinrent me demander de leur faire l'hystérectomie secondaire, parce qu'elles avaient conservé des névralgies, des pelvi-péritonites ou des fistules hypogastriques que seule la castration utérine parvint à guérir. Richelot, qui, en 1891, était un des plus hostiles à la castration utérine, dans le traitement des suppurations pelviennes et qui s'est converti à notre méthode, affirma en 1894, qu'il avait fait 20 hystérectomies secondaires sur les 60 malades auxquelles lui et ses collègues avaient fait antérieurement la castration tubo-ovarienne.

Pour mon compte, je constate que ces exemples deviennent de moins en moins fréquents, ce qui semblerait indiquer que la castration utérine tend à se généraliser et que la castration tubo-ovarienne est plus rarement pratiquée.

A côté de ces statistiques, il me paraît intéressant de montrer ce qui s'est passé sur les 341 malades affectées de suppurations pelviennes, auxquelles j'ai fait l'hystérectomie vaginale depuis le 1er janvier 1888, jusqu'au 31 décembre 1895.

Il ne m'a pas toujours été facile de savoir ce que devenaient les malades. Mais comme le sujet avait pour moi un réel intérêt, j'ai pu y parvenir grâce au zèle des internes qui ont soigné mes malades à l'hôpital, grâce au bon vouloir des confrères qui me les avaient adressées et grâce aux recommandations que je faisais aux malades elles-mêmes. J'ai pu, de la sorte, avoir des renseignements précis sur les suites éloignées de ces affections, ce qui m'a permis de donner ici des renseignements d'une réelle valeur.

Sur ces 341 malades, j'ai laissé volontairement : chez 11, un ovaire; chez 4, une trompe; chez 2, un ovaire et une trompe; chez 8, les deux ovaires : chez 1, les deux trompes; chez 7, les deux ovaires et une trompe.

Chez ces malades, après avoir enlevé l'utérus par le vagin, j'avais laissé volontairement une partie ou la totalité des ovaires ou des trompes, parce que ces organes étaient atrophiés ou détruits par la suppuration, souvent même enfouis dans les adhérences, dont le détachement aurait été aussi dangereux qu'inutile.

Le résultat immédiat, chez nos 341 opérées, a été satisfaisant.

10 seulement ont succombé, les jours suivants, à l'excès d'épuisement causé par la maladie, ce qui donne une mortalité de 3 p. 100.

10 sont morts au cours des 3 années suivantes, 1 d'albuminurie persistante, 8 mois après l'opération; 1 d'ictère grave, survenu le 6e mois; 3 de phtisie pulmonaire, après 6, 8, 12 mois; 2 de méningite tuberculeuse, après 16 et 24 mois; 1 d'obstruction intestinale, après 6 mois; enfin 1 de cancer de l'estomac après 3 années (1).

11 eurent des accidents locaux de peu d'importance, imputables à l'acte opératoire. Parmi ces dernières, une eut, pendant 5 mois, une légère incontinence d'urine; une conserva une fistule pyo-stercorale qui se ferma spontanément le 5e mois; une, une fistulette vésico-vaginale qui céda, le 2e mois, à quelques cautérisations argentiques; une, une fistule vésico-vaginale, qui disparut au moyen de l'avivement et de la suture, le 5e mois; 4 virent apparaître du 2e au 36e mois après l'opération, un petit abcès pelvien : l'un de ces abcès guérit en s'ouvrant spontanément dans le rectum, les autres furent incisés par le vagin, et ne se sont pas reproduits; une eut, pendant 4 mois, de légères métrorrhagies dues à la formation de bourgeons charnus sur la cicatrice vagino-péritonéale (2). Ces bourgeons cédèrent à quelques cauté-

(1) Comme on le voit, les affections qui ont enlevé les malades tardivement n'avaient guère de rapport avec celles qui avaient motivé l'opération. Nous ferons cependant observer que plusieurs sont mortes de tuberculoses viscérales, de siège variable, peut-être parce qu'elles avaient trop tardivement réclamé l'intervention chirurgicale.

(2) Il est bon de savoir que ces sortes de bourgeons se produisent facile-

risations faites au crayon de nitrate d'argent; une continua à être menstruée par la cicatrice pendant 3 années; elle vit 4 fois seulement la première année; les deux années suivantes, les menstrues furent régulières; depuis cette époque, la ménopause est complète; enfin, 4 eurent des cystites du col dues, soit à la persistance de cette affection, soit aux sondes qui avaient été laissées à demeure pendant les deux premiers jours de l'opération. Ces accidents disparurent dans une période de 2 à 6 mois, à l'aide des injections boriquéees tièdes.

Voyons maintenant les modifications qui sont survenues dans la santé générale des opérées. On verra qu'elles ont été presque toujours avantageuses.

Chez les *hystériques*, nous avons constaté les résultats suivants: 1 vit disparaître les crises après 3 mois; 1 après 4 mois; 2 après 6 mois; 1 après 1 an; 1 après 15 mois; 1 après 3 ans.

Chez 2 *névropathes*, l'une guérit après un an, en même temps que le vaginisme dont elle était atteinte disparut; chez l'autre, les troubles nerveux persistèrent pendant 2 ans, en même temps que des troubles gastro-intestinaux graves.

Chez 5 malades atteintes de *perturbations mentales* graves, 1 vit le trouble des idées diminuer après 6 mois; 2 virent la folie disparaître complètement après 6 mois; 3 après 1 an; parmi celles-ci, l'une vit disparaître, à la même époque, ses névralgies lombaires fort tenaces.

Chez une *mélancolique*, la guérison de l'affection mentale s'effectua le 5e mois.

Chez 2 *hypochondriaques*, le résultat fut moins satisfaisant : l'une, qui était neurasthénique et avait des idées de suicide avant l'opération, jouit d'une bonne santé pendant les premiers 6 mois; puis, de graves revers de fortune survinrent et les idées de suicide reparurent, accompagnées de céphalées, de névralgies, de nausées, de palpitations; l'autre, qui avait une suppuration pelvienne très étendue et très grave, ressentit les bienfaits de l'opération pendant trois mois, mais comme elle avait été atteinte de syphilis, l'idée de cette maladie, qu'elle regardait comme incu-

---

ment à la suite de la castration utérine, quelle que soit la maladie pour laquelle on la pratique; ils entretiennent des douleurs et des pertes que la cautérisation fait aisément disparaître.

rable, la poursuivit nuit et jour, malgré le traitement institué par Fournier.

Chez 2 malades, devenues *morphinomanes* pour soulager les douleurs intolérables qu'elles ressentaient, l'une guérit de sa funeste habitude, le 6e mois; chez une autre, qui l'avait perdue à la suite de l'opération, le défaut de surveillance permit à cette malade de se soumettre de nouveau à cette intoxication.

Chez 4 malades, qui avaient de violentes *névralgies iléo-lombaires* avant l'opération, l'une les vit céder après trois mois, les autres, 1 année seulement après l'opération.

Chez 3 malades qui avaient des *névralgies mammaires* et *intercostales* graves, avant l'opération, les douleurs ne cédèrent qu'après 3, 5 et 12 mois.

Chez 2, la *dyspnée*, les *nausées* et la *gastralgie* ne disparurent qu'après 5 et 12 mois.

Chez 4 qui avaient des *céphalées*, des *bouffées de chaleur* et des *sueurs* très pénibles, localisées à la région lombaire, ces accidents disparurent après 6 mois, chez l'une; ne diminuèrent sensiblement qu'après 1 an chez 2 autres, tandis que, chez la 4e, elles continuaient à récidiver à chaque époque, 2 ans après l'opération.

Chez une malade *alitée* depuis 12 ans, la marche ne fut possible qu'au bout de 6 mois.

Chez une autre, qui avait des *habitudes d'intempérance*, l'alcoolisme persista et elle revint nous voir, 1 an après l'opération, atteinte de *delirium tremens*.

Chez une malade, qui avait des crises de *coliques hépatiques* avant l'opération, ces crises ne se sont pas représentées depuis; les coliques ont persisté, au contraire, chez 2 autres et se sont manifestées 1 an et 2 ans plus tard.

Chez une malade atteinte de *gravelle*, les urines redevinrent normales le 3e mois.

Une autre, qui avait des *coliques néphrétiques*, eut un nouvel accès un an après l'opération.

Chez une, qui avait des *palpitations cardiaques* intolérables, celles-ci disparurent le 6e mois.

Une autre, qui avait une *endocardite rhumatismale*, guérit complètement 2 ans après l'opération.

Chez une malade, qui avait des *fièvres intermittentes*, nous

vîmes survenir, 1 mois après l'opération, une attaque violente; elle n'en eut plus d'autres depuis cette époque.

Chez 2 malades, chez lesquelles l'inanition avait poussé *l'anémie* au dernier point, la santé ne se rétablit qu'au bout de 6 à 12 mois.

Chez 2 autres, qui avaient des *manifestations cutanées* plusieurs années avant l'opération, l'une vit reparaître une acné de la face, un an après l'opération; chez l'autre, un eczéma généralisé reparut 3 ans après; par contre, cette malade, atteinte de grande hystérie, n'eut plus d'attaques après l'hystérectomie vaginale.

Plusieurs de nos malades avaient une tendance légère à l'*engraissement;* chez 2, cette tendance devint assez sérieuse pour que leurs médecins traitants aient dû la combattre. Chez une autre, au contraire, qui était extrêmement obèse avant l'opération, ce vice de nutrition a totalement disparu.

Chez une malade, affectée de *maladie bronzée* très menaçante avant l'opération, nous avons été surpris de voir cette terrible affection disparaître quelques mois après.

Enfin, chez 2 *albuminuriques*, les urines redevinrent normales un an après l'opération.

Je viens de vous exposer les renseignements de toute nature que m'ont fourni mes statistiques de castration utérine appliquée au traitement des suppurations pelviennes, et qui m'ont paru devoir vous offrir quelque intérêt.

Est-ce utile de vous rappeler, aujourd'hui, pour ne pas assombrir ce tableau, que, à côté de ces malades, chez lesquelles la guérison complète a présenté de réelles difficultés, la plupart de nos opérées ont vu, presque immédiatement, les changements les plus heureux se produire dans leur santé. Dès les premiers jours la fièvre tombait, l'appétit, les forces et la gaîté reparaissaient. Du 10e au 12e jour, les malades se levaient. Du 15e au 18e elles retournaient chez elles. Deux mois après, elles pouvaient reprendre leurs travaux habituels sans n'être plus obligées de les interrompre.

Conclusions. — En résumé, les recherches que nous venons d'exposer, et qui sont basées sur près de 350 opérations, prouvent que les assertions que nous avons émises successivement depuis 1882, époque à laquelle nous avons imaginé d'appliquer le pince-

ment des vaisseaux et le morcellement à l'ablation de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale, ont pris rang dans la science.

En ce qui concerne ce mode de traitement, appliqué aux suppurations pelviennes, elles démontrent une fois de plus :

1° Que la castration vaginale totale exige un outillage spécial, que nous avons fait connaître dès 1883 et qui est encore le seul employé de nos jours par tous ceux qui la pratiquent avec succès ;

2° Que, pour les chirurgiens exercés, elle n'expose pas plus que la laparotomie à léser les organes voisins ;

3° Qu'elle est applicable à toutes les suppurations pelviennes d'origine génitale ;

4° Qu'elle donne des résultats meilleurs que toutes les autres méthodes de traitement, sans doute parce qu'elle assure plus facilement le drainage ;

5° Que les guérisons sont d'autant plus promptes que l'opération est pratiquée plus tôt, avant que les forces soient épuisées et que les abcès pelviens aient envoyé des prolongements du côté de l'abdomen ;

6° Que cette méthode est la plus rationnelle lorsque la suppuration est bilatérale, lorsqu'elle est circonscrite par des adhérences anciennes, vasculaires, résistantes, et lorsqu'elle est compliquée de fistules rectales, vésicales, utérines, hypogastriques ;

7° Qu'elle constitue une ressource du plus grand prix lorsque la castration tubo-ovarienne faite par laparotomie a échoué ;

8° Qu'elle donne des résultats durables, presque inespérés, même dans les cas les plus graves ;

9° Que ces résultats sont obtenus, même lorsque l'opérateur croit devoir laisser une portion des annexes ;

10° Que celles-ci s'atrophient complètement dans la suite, ainsi que je l'ai démontré dans mes premières communications, ce qui n'a pas lieu pour l'utérus, lorsqu'on se borne à pratiquer la castration tubo-ovarienne ;

11° Que la mortalité, entre les mains de chirurgiens exercés, ne dépasse pas 1 à 4 pour 100 ;

12° Que, parmi les accidents morbides signalés dans nos tableaux statistiques, tels que l'incontinence d'urine, les fistules urinaires, les fistules pyo-stercorales, la cystalgie, la plupart existaient avant l'opération elle-même ; aucun d'eux n'avait une réelle impor-

tance, puisqu'ils ont rapidement disparu par un traitement approprié ;

13° Qu'elle fait habituellement disparaître d'emblée les symptômes les plus menaçants, tels que la fièvre, les névralgies, les métrorrhagies, les vomissements ; elle permet aux malades de quitter le lit, et de reprendre de bonne heure leurs travaux ;

14° En ce qui concerne les résultats éloignés, nous ferons remarquer que l'opération a eu les effets les plus heureux sur un certain nombre d'affections intercurrentes ; c'est ainsi que, dans un intervalle qui a varié de 2 mois à 3 ans, nous avons vu disparaître : l'hystérie chez 6 malades ; le nervosisme chez 2 ; la folie chez 5 ; la mélancolie chez 1 ; l'hypochondrie chez 1 ; la morphinomanie chez 2 ; les névralgies et les douleurs lombaires chez 4 ; les névralgies mammaires et intercostales chez 3 ; les nausées et les gastralgies rebelles chez 2 ; l'anémie par inanition chez 2 ; les céphalées, les bouffées de chaleur et de sueur chez 4 ; l'impossibilité de la marche chez 1 ; la gravelle et les coliques néphrétiques chez 2 ; les coliques hépatiques chez 1 ; l'endocardite rhumatismale chez 1 ; la maladie bronzée chez 1 ; l'albuminurie chez 2.

Tels sont, en résumé, les résultats de cette méthode d'intervention qui constitue une véritable conquête de la chirurgie moderne : ils sont assez brillants pour se passer d'autres commentaires.

Henrotay (Anvers). — On est accoutumé à dire et à accepter que la puerpéralité et la blennorrhagie sont les deux grands facteurs de l'infection suppurative des annexes utérines. Permettez-moi d'insister sur l'inexactitude de cette donnée, entendue d'une façon aussi générale. De ce que des accidents inflammatoires pelviens éclatent quelque temps après un accouchement ou une fausse couche, il ne s'ensuit pas qu'ils soient *puerpéraux*, comme on a trop souvent l'habitude de les étiqueter. Il faut, dans tous ces cas, rechercher soigneusement la blennorrhagie dont beaucoup de femmes sont infectées au cours de la grossesse, au moment de la fécondation ou peu de temps avant. Rarement l'enquête restera infructueuse. Au besoin, l'on s'aidera des recherches microscopiques et bactériologiques. Sur environ 150 cas de salpingo-ovarite que j'ai été amené à examiner ou à traiter, je possède tout au plus 5 cas où la blennorrhagie pouvait être exclue assurément.

La thérapeutique de l'infection blennorrhagique n'est en réalité efficace qu'à la période vulvaire et vaginale ; elle est incertaine et souvent dangereuse quand elle s'attaque aux lésions de l'endométrium. Le curettage et la dilatation sont particulièrement à rejeter dans ces cas et je possède plusieurs cas où ils ont provoqué l'éclosion de lésions annexielles graves.

Il faut, avant tout, attacher plus d'importance à la prophylaxie de la blennorrhagie féminine ; car, à l'heure présente, un grand nombre de praticiens ne paraissent pas encore se douter des conséquences pour la femme du contage par l'uréthrite chronique masculine.

En thèse générale, le traitement médical de toute annexite doit être institué avant d'en venir à une opération.

Dans tous les cas, où la blennorrhagie a pu être retrouvée comme cause étiologique des lésions des annexes, la castration vaginale est indiquée, à cause de la bilatéralité en quelque sorte fatale des lésions et à cause de la facilité de supprimer l'utérus généralement déjà métritique. Le procédé de Doyen, à cause de sa facilité d'exécution, est mon procédé de choix et dans le cas d'annexes difficiles à extérioriser, j'utilise des pinces à anneaux dont le bord convexe est garni de dents agissant à la façon des mors d'une pince à dents de souris. J'ai employé une dizaine de fois, avec les meilleurs résultats, la fermeture de la voûte vaginale et du péritoine pelvien après l'hystérectomie préconisée par Rouffart. Mais au lieu de la pince à griffes dont se sert notre confrère, je place un point de suture au catgut à l'aide d'une longue aiguille pointue de Deschamps. — Conclusions :

1° La blennorrhagie est le facteur étiologique *principal* des affections suppurées des annexes.

2° Le plus grand nombre des affections annexielles dites *puerpérales* ne sont en réalité que des infections blennorrhagiques envahissant les trompes et le péritoine pelvien après l'accouchement ou la fausse couche.

3° Le traitement prophylactique devrait s'inspirer ; a) de la gravité de la blennorrhagie chez la femme, b) de l'obligation pour tout médecin d'éclairer à ce sujet tout homme atteint d'uréthrite aiguë ou chronique.

4° Le traitement médical des annexites doit être essayé chaque fois que la chose est possible.

5° L'intervention vaginale est la méthode de choix dans le traitement des suppurations pelviennes, et quand une opération se trouve nécessitée, la castration totale est suffisamment indiquée par la nature blennorrhagique reconnue de l'affection.

6° La fermeture de la voûte vaginale et du péritoine pelvien après l'hystérectomie est un progrès sensible dans la technique et doit être exécutée chaque fois qu'il n'y a pas de contre-indication formelle.

DURET (Lille). — Je me limiterai dans cette communication à l'étude de quelques cas un peu spéciaux de suppurations pelviennes compliquées :

1° Parmi les suppurations pelviennes d'origine annexielle, il existe des cas *compliqués et graves* de diverses natures parmi lesquels deux affections d'un caractère particulier : LES SUPPURATIONS MULTIPLES ET LES PROCESSUS FIBREUX.

2° Elles ont pour origine commune des *infections intenses*, causées ordinairement par les *streptocoques*, qui se diffusent à la fois par les voies muqueuse, lymphatique, séreuse et interstitielle ; elles envahissent souvent d'emblée tout l'appareil génital.

3° Les deux formes pathologiques qu'elles affectent ressemblent à celles des *phlegmons diffus*, qui tantôt évoluent vers les *suppurations multiples*, tantôt vers *l'induration* et *la sclérose*.

4° Dans les cas de *suppurations multiples*, le pus tantôt distend les trompes et forme des tumeurs parfois considérables, très adhérentes ; tantôt il se collecte en des cavités péritonéales, comprises entre les anses intestinales, au-dessus de l'utérus ; tantôt enfin, il se forme des foyers diffus ou collectés dans le tissu cellulaire du plancher pelvien, ou dans la partie moyenne des ligaments larges, sur le trajet des vaisseaux sanguins et lymphatiques utéro-ovariens. Il existe encore des collections plus lointaines : lombaires, péri-rénales ou iliaques, sciatiques ou fessières.

5° Le *processus scléreux* tantôt se délimite à un côté de l'appareil génital, tantôt gagne les deux côtés et englobe les organes génitaux dans une gangue qui acquiert bientôt une grande dureté, se propage au parenchyme des organes eux-mêmes, et les soude fortement ensemble et aux parois pelviennes.

Les deux complications pathologiques que nous signalons offrent une *gravité particulière*, et créent des difficultés opératoires diverses.

Döderlein (Leipzig). — Le terme de *suppurations pelviennes* est un mot à abandonner, parce qu'il confond des maladies très différentes, ce qui, au point de vue du traitement, peut causer de graves erreurs. Or la nature extra-péritonéale ou intra-péritonéale de ces diverses infections comporte des indications tellement différentes que cette première distinction est capitale à établir. Je choisirai comme type de traitement celui des trompes et des ovaires suppurés d'origine blennorrhagique.

S'il existe du pus dans les trompes et dans les ovaires, il n'y a qu'une chance de guérison définitive, c'est l'extirpation complète des tissus malades. Il faut rejeter d'emblée, en pareil cas, tous les traitements incomplets, tels que la ponction et l'incision vaginale; jamais ils n'ont donné de résultats véritablement définitifs. Dans beaucoup de cas, il est possible de s'en tenir à l'extirpation des trompes et au besoin des ovaires, en laissant l'utérus en place. Quand la castration totale s'impose, c'est le procédé de Péan qu'il faut préférer à tous les autres.

Pour les lésions annexielles, dont le pus a disparu, la colpocœliotomie antérieure et postérieure peut devenir le procédé de choix. Cette opération permet dans beaucoup de cas de réaliser une extirpation réellement radicale.

Si l'enlèvement des annexes a amené la contamination de la cavité abdominale j'emploie, au lieu du tamponnement classique de Mikulicz, le drainage à la gaze iodoformée par la voie vaginale.

Mangin (Marseille). — Nous envisagerons dans le traitement des suppurations pelviennes les infections à virulence extrême et les infections atténuées. 1° Les collections suppurées à virulence extrême demandent à être ouvertes au plus tôt ; pour ce faire nous avons abandonné la laparotomie, qui nous donnait 20 p. 100 de mortalité, pour ne plus employer que l'incision vaginale au bistouri, large incision en T dans le cul-de-sac postérieur. assurant le drainage, curettage de la poche, injections journa-

lières jusqu'à guérison, — opération facile, pouvant se faire sans chloroforme, certaine dans ses résultats, même chez des malades épuisées, opération pouvant s'attaquer même aux collections latérales et élevées. Les fistules ne sont à craindre que si les soins consécutifs n'ont pas été prolongés.

Dans ces conditions l'hystérectomie vaginale nous a semblé toujours superflue.

Pour les collections proéminant vers le ventre, nous nous en sommes tenu à la laparotomie, sans énucléation de la poche lorsque celle-ci était trop adhérente.

2° Pour les infections atténuéees, nous avons usé très largement des traitements médicaux et chirurgicaux conservateurs, n'intervenant radicalement qu'après échec de ces différents moyens. Grâce à cette méthode prudente, nous n'avons plus observé de mortalité depuis quelques années sur un grand nombre de cas traités, les échecs sont très rares. Sur 7,000 malades nous avons trouvé 780 infections péri-utérines; 226 fois seulement une intervention nous a paru indiquée. Si on fait le départ des cas suraigus pour lesquels nous n'avons pu temporiser, soit 48, il reste 38 interventions radicales, hystérectomies ou laparotomies, proposées, soit *5 p. 100 seulement des cas observés* et 140 opérations conservatrices.

Quelques malades nous ayant quitté ou ayant refusé l'intervention, notre statistique se réduit à 193 opérations se décomposant de la façon suivante :

Infections graves. — 9 laparotomies avec enlèvement de la poche, 7 guérisons, 2 morts; 4 laparotomies sans enlèvement de la poche, 4 guérisons ; 35 incisions vaginales, 32 guérisons, 1 mort chez une malade à infection déjà généralisée au moment de l'intervention, 1 récidive chez une tuberculeuse, 2 fistules chez des malades indociles, mais état général bon, 1 grossesse.

Infections atténuées. — 16 laparotomies, 16 guérisons ; 3 hystérectomies vaginales, 3 guérisons ; 4 enlèvements d'annexes par le vagin, 4 guérisons ; 122 opérations conservatrices, 91 guérisons, 25 améliorations sérieuses, 6 échecs, 1 malade réopérée par hystérectomie, 2 par laparotomie, 2 guérisons, 28 grossesses.

Adenot (Lyon). — Le débridement vaginal des collections

pelviennes, d'après la méthode de M. Laroyenne, est définitivement accepté comme traitement de choix dans un très grand nombre de cas. Peu importe, du reste, que la collection soit abordée avec le trocart et le métrotome ou bien avec le bistouri. Ce qui caractérise la méthode, c'est une ouverture large de l'abcès et un drainage continu assuré. C'est déjà, dit M. Le Dentu, presque l'opération dite de Péan, moins l'extirpation de l'utérus. Le trocart flexible nous a toujours paru très commode à manier et très sûr, mais il ne faut pas oublier que la ponction au moyen du trocart ne constitue que le premier temps de l'opération et doit être toujours suivie de la section large des tissus. C'est à tort que quelques auteurs parlent encore de cette méthode comme d'une simple ponction, et M. Goullioud s'est déjà élevé contre cette fausse interprétation.

MM. Bouilly, Le Dentu, Tuffier, etc., en acceptant le principe de la méthode dans un grand nombre de cas, ont depuis largement contribué à faire triompher les idées de thérapeutique chirurgicale conservatrice appliquée à la cure des abcès pelviens. Enfin les observations de grossesse chez des malades opérées dans ces conditions se multiplient et donnent un singulier appui à cette méthode conservatrice en général.

Dans une trentaine de cas personnels nous avons appliqué le procédé du débridement vaginal. Plusieurs fois nous nous sommes décidé à cette intervention éminemment bénigne, après avoir hésité à lui préférer une laparotomie ou une hystérectomie vaginale. Nous nous sommes toujours félicité d'avoir donné la préférence au large débridement vaginal.

Nos observations comprennent pourtant des cas de gravité très diverse. La plupart se rapportent à des malades porteuses de ces abcès à consistance ligneuse, à évolution subaiguë ou chronique avec poussées intermittentes, qui sont ceux pour lesquels un certain nombre d'opérateurs conseillent encore des opérations radicales certainement moins inoffensives que le large drainage par la voie vaginale. Dans la moitié de nos observations il s'agissait d'abcès multiples, à poches superposées ou juxtaposées, ce qui constitue encore une des plus heureuses applications du débridement vaginal. La ponction et le débridement donnent issue souvent alors à des liquides de nature différente, séreuse et pus, successivement.

Nous n'avons perdu aucune de nos malades du fait de l'intervention. Nous n'avons jamais eu d'accident important. Trois fois une hémorrhagie assez abondante par section de l'utérine ou d'une de ses branches fut rapidement arrêtée au moyen de la compression par une éponge aseptique introduite dans la cavité de l'abcès. Nous n'avons jamais observé de section intestinale ou urétérale. Il suffit d'ailleurs pour les éviter de bien observer les règles de l'intervention, règles parfaitement posées et qu'il est inutile de rappeler. On a traité cette opération d'intervention aveugle. C'est bien à tort. L'exploration soigneuse des limites de l'abcès permet de le ponctionner sans crainte.

Le trocart donne une grande sûreté. Il faut faire exercer une pression légère mais ferme sur le ventre par un aide, afin de fixer la région. Pendant ce temps la main gauche de l'opérateur délimite la collection et protège le rectum au moyen du médius introduit dans cette cavité, tandis que l'index reste dans le vagin. On peut ainsi ouvrir de petites collections qui paraissaient auparavant inaccessibles. Nous avons encore ouvert et drainé de cette manière un kyste dermoïde suppuré qui contenait des cheveux blancs, et une poche remplie de caillots sanguins que nous avons cru être une grossesse extra-utérine.

Bien que le débridement vaginal nous semble suffisant et très efficace dans le plus grand nombre des cas, il peut être parfois nécessaire de recourir à des opérations plus radicales. Deux fois dans des salpingo-ovarites suppurées bilatérales compliquées de fibrome du volume d'une mandarine et plus, nous avons pratiqué l'opération de Péan-Segond. Les deux malades ont guéri.

En résumé, dans tous les cas de suppuration pelvienne que nous avons eus à opérer, nous avons emprunté la voie vaginale, estimant que, dans la très grande majorité des cas, le débridement simple et large des collections donne un excellent résultat immédiat et éloigné. Si dans quelques cas exceptionnels il sera nécessaire de pratiquer par cette voie l'extirpation des annexes ou même de l'utérus, c'est encore plus rarement que le chirurgien sera obligé de recourir à la laparotomie.

Acconci (Gênes). — J'ai déjà fait, au Congrès de Rome, une communication sur 100 hystérectomies vaginales, pour indications variées, avec résultats favorables.

A ces 100 hystérectomies je dois ajouter 45 opérations nouvelles. Les raisons qui m'ont guidé dans le choix de la voie vaginale sont celles qui ont été indiquées dans le rapport de M. Bouilly. D'une façon générale, le choix de la méthode est subordonné aux indications de chaque cas particulier. Toutefois, de préférence, je pratique l'hystérectomie vaginale dans les cas où l'on peut hésiter entre les deux voies.

COROMILAS (Galata). — Dans le pays que j'habite et où l'on rencontre de nombreux cas de fièvre paludéenne, je me suis trouvé en présence d'une variété peu connue de suppuration pelvienne : c'est la suppuration pelvienne d'origine palustre. Un cas surtout me paraît particulièrement intéressant : il s'agissait d'une jeune fille vierge sur laquelle je constatai l'existence d'une volumineuse collection péri-utérine avec engorgement des ganglions inguinaux. Le traitement par la quinine à haute dose amena une amélioration notable de l'état général et, en même temps, la disparition de l'engorgement ganglionnaire. Je fis l'opération classique d'incision de l'abcès pelvien et, dans l'examen du pus, je constatai la présence des hématozoaires de Laveran. Ces suppurations pelviennes palustres chez la femme peuvent être comparéés aux orchites palustres de l'homme.

LÉOPOLD (Dresde). — Je veux simplement dire un mot sur la forme même de la question; je regrette que l'on ait employé le terme de suppuration pelvienne, qui nous oblige d'éliminer de cette discussion, si l'on veux être exact, les lésions des annexes dans lesquelles l'inflammation a des processus de sclérose dont on ne tient ici aucun compte, tandis que, d'autre part, il faudrait embrasser dans l'étude des suppurations pelviennes légitimes des cas où le pus s'est collecté hors des annexes, fusant dans les directions les plus variables.

La question n'est pas non plus, comme paraissent l'avoir cru certains auteurs, à savoir si l'on doit employer telle ou telle voie de préférence. Il faut attaquer les lésions où elles se trouvent, par la voie la plus courte et surtout la moins mutilante. La laparotomie, qui permet de préciser un diagnostic si souvent incertain et de limiter à temps le sacrifice nécessaire, m'a toujours paru la méthode de choix. La ponction et l'incision vaginale seront

indiquées au moins à titre d'exploration quand les collections seront nettement accessibles par le vagin. Il sera toujours temps de compléter cette première intervention, si elle est insuffisante, soit immédiatement, soit plus tard.

Je regrette aussi que l'on n'ait point parlé d'une opération qui présente toute la valeur de la laparotomie en tant que méthode d'investigation, avec tous les avantages de la voie vaginale, quant à la facilité du drainage et de l'évacuation inoffensive du pus. Je veux parler de la colpo-cœliotomie, à laquelle Martin, de Berlin, et Mackenrodt ont dû de si beaux succès ; elle permet de se rendre compte de l'état des lésions, d'enlever ce qui est facilement énucléable et toujours de s'arrêter à temps si le diagnostic a été mauvais. En tous cas, si les lésions sont trop graves pour permettre l'extirpation par cette voie, le chemin est tout tracé pour compléter l'intervention par l'hystérectomie.

Sabino Coelho (Lisbonne). — En assistant aux travaux de M. le professeur Martin à son Institut à Berlin, en l'été de 1895, j'ai acquis, sur la colpotomie antérieure, des impressions qui m'ont conduit à la répéter dans mon pays d'après son procédé. A partir d'octobre dernier, je l'ai faite pour différentes fins à quarante-cinq malades, dont douze pour des suppurations unilatérales des annexes.

Je n'y compte pas cinq malades dont les sacs de pus ont crevé pendant l'opération. J'y ai fini par l'hystérectomie vaginale, et elles ont guéri.

Une des opérées, âgée de 29 ans, possédait un pyosalpinx droit de la grosseur d'une orange. Après avoir fait sortir le fond de l'utérus par la colpotomie antérieure, j'ai perforé le pyosalpinx qui effleurait l'ouverture du péritoine. J'ai reçu le pus sur une compresse-éponge, comme je l'ai fait dans tous les cas pareils, et j'ai fait descendre la trompe petit à petit, en appliquant des pinces successivement plus haut et en détachant du doigt les adhérences. J'avais devant moi la trompe vide et l'ovaire sclérosé. Je fis l'oophoro-salpingectomie.

Une malade de 32 ans avait un pyosalpinx gauche ayant les dimensions d'une poire moyenne. Après le curettage et l'amputation du col, j'ai fait la colpotomie antérieure. J'ai détruit quelques adhérences de périmétrite et j'ai porté à moitié le pyosalpinx dans la plaie

péritonéale par une douce traction. Après l'avoir vidé, j'ai fait l'oophoro-salpingectomie. J'ai perforé un kyste de l'ovaire et un de la trompe, à droite.

Chez une malade de 26 ans, j'ai fait la colpotomie antérieure après le curettage. Les annexes gauches se sont refusées à suivre le corps de l'utérus à l'extérieur. La trompe recourbée avait la forme d'un saucisson et n'a pu être touchée qu'à la partie la plus proche de l'utérus. Après la ponction, je l'avais sous les yeux et je l'ai extirpée en même temps que l'ovaire sclérosé. Elle avait un décimètre de long et deux centimètres de large. Elle était libre. Les autres annexes étaient saines.

Un ovaire en suppuration, ayant les dimensions et la forme d'un œuf d'oie, a provoqué à gauche des souffrances insupportables chez une malade de 36 ans. Par la colpotomie précédée du curettage, je l'ai amené, après la sortie de l'utérus, dans la plaie. Je l'ai perforé et j'ai fait l'oophoro-salpingectomie. A droite, j'ai perforé deux kystes de l'ovaire et un de la trompe.

A une femme de 28 ans, j'ai extrait par la colpotomie antérieure un pyosalpinx gauche. Il avait huit centimètres de long et deux dans sa plus grande largeur. Il était adhérent jusqu'à l'épiploon. J'ai procédé comme antérieurement.

Une malade de 31 ans avait à gauche un pyosalpinx qui est sorti avec le corps de l'utérus par des tractions. La plus grande partie ne cédait pas, parce qu'il y avait un étranglement entre la portion vide et celle qui restait. Il a fallu tirer cette partie et la perforer comme la première. J'ai fait alors l'oophoro-salpingectomie. La trompe était bosselée, recourbée et très irrégulière. Elle avait 9 centimètres de long et 4 dans sa plus grande largeur. Il n'a pas été nécessaire d'intervenir à droite.

J'ai encore opéré trois malades, de 26, de 30 et de 40 ans, qui avaient des suppurations unilatérales des ovaires, lesquels après l'oophoro-salpingectomie montraient des dimensions d'un œuf de poule, d'une orange et d'une mandarine. Les trompes du même côté avaient des kystes séreux, du pus en petite quantité et du sang peu abondant.

En conclusion, dans les suppurations unilatérales non étendues des annexes, je fais la colpotomie antérieure.

Sur mes douze opérées pour des suppurations, aussi bien que dans mes autres trente-trois colpotomies, je n'ai jamais eu de cas

de mort. Elles ont toutes supporté le traitement sans fièvre, sans suppuration, sans blessure de la vessie ni des uretères.

Je peux assurer que l'utérus se développe pendant la grossesse jusqu'à la période où mon observation me permet de vérifier en ce moment. J'ai une opérée de suppuration unilatérale, grosse de sept mois, qui se porte très bien.

La colpotomie antérieure a, sur l'hystérectomie vaginale, l'avantage d'être plus innocente, et celle de l'espoir de la fécondation quand les annexes de l'autre côté sont saines ou ont des lésions partielles qu'on peut traiter en conservant une partie sécrétante de l'ovaire et en maintenant la perméabilité de la trompe.

La laparotomie permet aussi ces essais de conservation. J'ai déjà fait par ce moyen à cinq malades la résection de l'ovaire et à six la ponction de kystes de la trompe et de l'ovaire, en vérifiant toujours la perméabilité de celle-là. De ces onze malades, il y en avait huit avec suppuration unilatérale peu étendue. Elles sont toutes guéries. Quand M. le professeur Pozzi a fait connaître ses ignipunctures ovariennes, j'ai opéré huit malades d'après son plan par la laparotomie, et j'ai réussi dans tous les cas. Dans six, il y avait, d'un côté, petite suppuration.

Malgré ces bons résultats, je préfère aujourd'hui la colpotomie antérieure, parce qu'elle ne laisse pas de cicatrice abdominale et parce qu'elle a toujours l'innocuité qui peut manquer à celle-là.

Enfin, dans les suppurations des annexes, la colpotomie antérieure est, comme dans d'autres hypothèses, une voix d'exploration. On terminera tout de suite l'opération par l'hystérectomie vaginale si le sac de pus ne peut pas sortir par l'incision, du moins en partie ; s'il crève pendant la traction et la destruction des adhérences ; si elle est bilatérale, au contraire de ce que l'on supposait avant la colpotomie ; s'il y a de grands dégâts utérins pendant l'opération, résultat de l'excision des myômes, de la fragilité de l'utérus, etc.

Je fais la laparotomie dans les suppurations unilatérales étendues des annexes bien diagnostiquées. Je fais l'hystérectomie vaginale d'emblée dans les cas de diagnostic de suppurations bilatérales. Je fais l'incision simple dans les hématocèles suppurées, dans les abcès d'origine cellulaire et dans les collections péritonéales.

Paul Segond (Paris). — Lorsque j'ai demandé mon inscription parmi ceux qui devaient prendre la parole sur les suppurations pelviennes, je ne connaissais pas encore les conclusions définitives du rapport préparé par M. Bouilly. Aujourd'hui, ma demande n'a plus raison d'être. En effet, suivant mes prévisions les plus chères, j'ai vu M. Bouilly se rallier peu à peu aux idées que j'ai eu le grand honneur de défendre devant vous, dans mon rapport de 1892, et, ses conclusions actuelles sur tous les points en litige sont tellement conformes aux miennes, que je ne pourrais que répéter, mot pour mot, tout ce que M. Bouilly vous a dit avec la haute autorité que lui donne son expérience et son suprême bon sens.

Le seul point sur lequel j'aurais insisté plus que lui, concerne les ressources que peut donner l'ablation totale par voie abdominale dans les cas où les masses suppuratives qu'il faut enlever dépassent par leur volume les limites au delà desquelles le morcellement par voie vaginale n'est plus raisonnablement possible. Je parle ici de la méthode d'exérèse abdominale totale connue sous le nom de méthode américaine. Depuis que M. Delagénière a eu le grand mérite de se faire, en France, le premier vulgarisateur de cette opération (et je souhaite que cette priorité ne lui soit jamais contestée !), j'ai eu l'occasion de la voir pratiquer avec tant de succès par ses promoteurs, que j'en suis devenu, moi-même, très partisan et j'aurais voulu vous relater les quelques succès personnels que m'a donnés cette précieuse intervention chez des femmes dont les collections purulentes dépassaient le niveau de l'ombilic. Mais, devant le nombre des communications qui nous imposent l'épargne de votre temps, je dois abandonner ce projet.

Pour la même raison, je renonce à vous faire, dans une autre séance, la communication personnelle mentionnée sur notre programme. Je me proposais, vous le savez, de vous dire les raisons pour lesquelles je considère qu'au début de tout morcellement vaginal quelque peu difficile, il est extrêmement avantageux de commencer toujours par l'amputation du col, c'est-à-dire par la section de l'étage inférieur des ligaments larges avec hémostase préventive des utérines. Sans doute, cela n'est point neuf et j'y suis revenu bien souvent. Mais si la chose n'est point neuve, elle n'est pas moins méconnue par beaucoup, et quelques

chirurgiens vont même jusqu'à considérer ce premier temps opératoire comme inutile ou périlleux. Or, à mon avis, rien n'est plus inexact. Si donc, je n'ai pas la possibilité de vous donner aujourd'hui les détails justificatifs nécessaires, laissez-moi vous formuler simplement ma pensée en vous disant que la manœuvre en question, faite au début de toute hystérectomie vaginale difficile, offre trois avantages principaux :

1°. Elle supprime d'emblée le premier et principal obstacle à l'abaissement.

2° Exécutée comme il convient, elle fait un temps spécial et méthodique de la seule étape opératoire durant laquelle la blessure de l'uretère est possible. Rien de plus simple, par conséquent, que de prendre toutes les mesures voulues pour éviter cet accident, lequel est impossible durant les phases ultérieures de l'intervention.

3° Elle permet de débarrasser le champ opératoire d'une portion de tissus fort gênante quand le col est gros et de prendre solide prise sur le corps de l'organe.

Une fois le col libéré, l'hémostase des utérines assurée, les uretères mis hors de portée et le col amputé, quand il gêne ou s'amarre sur le corps même de l'utérus, on ne songe plus jamais à aucune hémostase préventive et, par la mise en œuvre de l'un ou de plusieurs des artifices opératoires dont l'ensemble constitue la méthode, on achève l'ablation de l'utérus et l'énucléation des annexes. Si je reviens, en terminant, sur la marche générale de cette deuxième et dernière partie de l'opération telle que je la comprends et telle que je la pratique depuis ma première communication à la Société de chirurgie, c'est parce que, malgré tout ce que j'ai pu dire ou écrire, je connais plus d'un travail récent me prêtant une technique dont je ne fais jamais usage.

Si je me fais bien comprendre, on voit donc que depuis mes premières hystérectomies (et j'en ai pratiqué 600 environ) je n'ai jamais cessé, le col une fois libéré, de continuer l'opération sans jamais recourir à aucune hémostase préventive, de l'achever, soit par bascule antérieure ou postérieure de l'organe hémisectionné, soit par section totale antéro-postérieure, et de soigner enfin d'une manière particulière ce que Landau appelle la pédiculisation des annexes pour en obtenir la complète ablation. Mais, et c'est ici que je me sépare étrangement de beaucoup d'autres, agissant

ainsi, et m'étant par conséquent dès longtemps écarté du manuel opératoire primitif de Péan, je n'ai jamais eu la pensée d'avoir créé une méthode nouvelle. J'emploie les artifices opératoires du morcellement, je les adapte ou les modifie au gré de mes tendances personnelles, je les varie suivant les cas particuliers ; bref, je poursuis avec beaucoup d'autres le perfectionnement comme la simplification du manuel, mais il n'en s'agit pas moins, toujours et quand même, d'une seule méthode, de la méthode de Péan.

Jacobs (Bruxelles). — Que les suppurations pelviennes soient sous ou intra-péritonéales,on doit, de préférence, les attaquer par le vagin.

Les suppurations *sous-péritonéales* ou cellulites suppurées se présentent sous forme de cavités abcédées circonscrites dans le tissu cellulaire, ou sous forme d'infiltrations phlegmoneuses du paramétrium. La première indication est de donner issue au pus par la voie d'évacuation la plus favorable; l'incision vaginale postérieure ou latérale amène une guérison rapide, que l'on facilite par le drainage prolongé. Dans les cas où l'intervention est tardive, on peut être appelé à pratiquer des incisions de la paroi abdominale.

Lorsque l'affection est ancienne, les incisions et le drainage restent sans résultat, donnant lieu à des fistules intarissables. La thérapeutique de choix est la castration vaginale totale.

Les suppurations *intra-péritonéales* se localisent dans le péritoine, l'ovaire, la trompe.

La péritonite purulente constitue un stade avancé de l'infection. On peut la traiter par l'ouverture des parois abdominales, lavage et drainage, ou par l'incision vaginale ; la fonte purulente de l'ovaire se rencontre souvent sans lésion purulente de la trompe, elle est unilatérale ou bilatérale. La voie de propagation est liée à la nature de l'agent infectieux.

Suivant les cas, la thérapeutique est conservatrice ou radicale. La voie opératoire que l'on doit préférer est le vagin. On peut aisément, par cette voie, pratiquer soit l'ovariotomie, soit l'évacuation et le drainage. Dans les lésions bilatérales, on fera l'extirpation totale.

Pour les suppurations des trompes, l'intervention doit être radi-

cale. Les autres traitements ne donnent que des succès momentanés ou des insuccès. Dans les lésions unilatérales, qui sont l'exception, on fera la salpingectomie, soit par l'abdomen, soit par le vagin; dans les lésions bilatérales, la castration totale.

Vu les résultats opératoires, l'extirpation totale sera faite de préférence par le vagin.

Ces conclusions sont appuyées sur un nombre élevé d'observations personnelles, comprenant: a) 259 opérations abdominales, dont 8 pour cellulites avec 8 guérisons ; 11 péritonites suppurées avec 9 décès et 2 guérisons ; 6 abcès ovariens, 33 ovariosalpingectomies unilatérales et 201 ovariosalpingectomies bilatérales; b) 596 opérations vaginales, dont 37 pour cellulites avec 1 décès; 3 pour péritonites suppurées avec 2 décès ; 9 pour hétmatocèles avec 1 décès ; 16 pour abcès de l'ovaire, et 531 pour pyosalpinx, se décomposant ainsi : 21 salpingectomies unilatérales, 492 hystérectomies vaginales avec 9 décès; 14 hystérectomies vaginales avec abandon des annexes, et enfin 4 ponctions et drainage.

J'ai trouvé un grand avantage à la suppression immédiate des pinces à forcipressure, l'opération terminée, et à leur remplacement par des ligatures. Le drainage dans l'opération radicale n'est nécessaire que s'il y a eu épanchement de pus dans le péritoine. Dans les autres cas, je referme le vagin et le péritoine par un ou deux points de suture. J'opère de cette façon depuis sept mois sans avoir observé un seul décès opératoire.

Pichevin (Paris). — A plusieurs reprises on m'a rangé parmi les adversaires de la castration utérine. En réalité, j'ai essayé de réagir contre l'enthousiasme excessif qui succédait aux premières communications sur cette question.

M. Péan accusait, en 1892, une mortalité de 0,66 p. 100, tandis que sa dernière statistique élève la mortalité à 3 p. 100. En outre, d'après M. Péan, les résultats thérapeutiques étaient parfaits dans tous les cas ou peu s'en faut.

En 1891, l'infériorité de l'hystérectomie vaginale, résultait de ce fait que la fonction était compromise d'emblée, dès le début de l'opération. Je m'en rapporte à M. Segond qui disait avec autorité que la laparotomie seule permet le diagnostic précoce des lésions et donne en conséquence la possibilité de guérir les malades tout en leur conservant l'intégrité de leurs fonctions sexuelles. En

parlant de la laparotomie, il déclarait aussi qu'elle était seule capable de faire reconnaître l'erreur avant que celle-ci fût irrémédiable. C'est en 1892 seulement que M. Segond montra, en même temps que Byford, les avantages de l'élytrotomie exploratrice et fit tomber ainsi en partie un des plus graves reproches adressés à la méthode d'hystérectomie dont il s'était fait le champion. Quoi qu'il en soit, l'hystérectomie a gagné du terrain depuis 1892 pour les raisons suivantes: 1° des artifices de technique ont permis de respecter l'utérus, quand l'opération était commencée et qu'on reconnaissait une erreur de diagnostic ; 2° l'habileté des gynécologistes est devenue plus grande, du fait de l'expérience acquise; 3° les résultats de l'hystérectomie sont supérieurs à ceux que l'on obtient par la laparotomie dans des cas analogues de suppuration grave.

Dans son rapport, M. Bouilly a posé les indications de l'incision vaginale, de l'ablation des annexes par cœliotomie soit vaginale, soit abdominale, et enfin de l'hystérectomie. Je me rallie sans réserves aux conclusions de M. Bouilly, avec cette nuance peut-être que chez les femmes jeunes, même quand on a constaté la bilatéralité des lésions, il faut faire la laparotomie pour être bien certain qu'il n'y a pas possibilité de conserver les annexes malades, il est vrai, mais peu volumineuses, mobiles et peu douloureuses.

M. le professeur Le Dentu et moi avons observé quatre grossesses après la conservation des annexes d'un côté.

Je tiens à mettre en relief le champ des indications gagné par l'incision vaginale, grâce aux travaux de M. Laroyenne et ses élèves, de M. Bouilly et de M. Le Dentu qui a publié un article sur cette question, à une époque où l'on semblait être fortement réactionnaire et rétrograde quand on osait proposer parfois la colpotomie, aux lieux et places de l'hystérectomie ou de la laparotomie.

Doléris (Paris). — Lorsqu'on parle des suppurations pelviennes, il s'agit, en réalité, du traitement des lésions pelviennes complexes, qui dérivent des infections génitales, presque toujours suppuratives à une période quelconque de leur évolution. En un mot, c'est, par ordre de fréquence, du traitement de la salpingo-ovarite, de la péritonite pelvienne et de la paramétrite que nous entendons parler, sans rien préjuger sur la nature

actuelle du processus, qui reste fatalement obscur dans la clinique. Cela est tellement vrai que les divers orateurs et les rapporteurs américains et allemands eux-mêmes se sont affranchis de l'obligation étroite de n'envisager que le fait de la suppuration.

L'importance de la suppuration en cette matière est un fait indéniable. Sa fréquence est très réelle sans doute, puisqu'il n'est presque pas d'inflammation pelvienne qui ne comporte, soit la sécrétion de muco-pus ou de pus par la muqueuse tubaire, soit la production d'un exsudat septique purulent dans le péritoine pelvien, soit la suppuration de l'ovaire, etc., etc., soit enfin la combinaison de ces différents processus.

M. Bouilly s'est efforcé de répondre par avance à notre préoccupation principale à tous, en essayant de définir cliniquement les suppurations pelviennes, de les entourer de telles garanties de diagnostic qu'il devait sembler très aisé ensuite d'en déduire des indications thérapeutiques très nettes.

Malheureusement l'application de ces règles est fort difficile et l'adaptation précise d'un traitement déterminé à une lésion également déterminée est rarement possible. Cette superposition exacte de règles thérapeutiques à des espèces anatomiques est une illusion. Quant au fait même de la suppuration, il a notablement décru d'importance depuis que ces deux lois ont été établies : 1° les processus les plus graves et les plus virulents engendrent rarement le pus ; 2° 40 p. 100 environ des collections suppurées du bassin renferment un fluide stérile et sans action pathogène.

Quant au diagnostic de la suppuration, avons-nous un guide certain et trouvons-nous dans les signes et les symptômes les éléments d'un diagnostic rigoureux, comme M. Sänger l'exige avec raison, dans son rapport ?

Mon opinion n'a pas varié sur ce point, depuis les premières discussions sur le sujet qui nous occupe. Les symptômes généraux, la *fièvre*, nulle parfois quand le pus est formé et collecté, vive, au contraire, dès le prélude de l'infection et à chaque réaction péritonéale avec ou sans suppuration, ne donnent aucune certitude absolue. La *douleur*, tantôt intense pour des lésions insignifiantes, tantôt insignifiante avec de grosses lésions, est d'une signification tellement paradoxale et d'une interprétation si délicate que les cliniciens doivent renoncer à en tirer parti pour le diagnostic et pour le choix du traitement.

Les phénomènes locaux et objectifs, comme l'existence d'une tumeur inflammatoire volumineuse, changeant d'aspect suivant la marche et la variation du processus inflammatoire, compacte, massive et adhérente aujourd'hui, souple, résistante, fluctuante même quelques jours plus tard, ne sont pas davantage des éléments de diagnostic rigoureux.

L'étiologie microbienne est-elle un guide plus certain ? Malheureusement non, puisque tous les microbes pathogènes reconnus dans les voies génitales, du moins les plus fréquents, sont de nature à déterminer la suppuration et, de fait, cette suppuration existe à un moment quelconque et à *un degré quelconque* dans toute infection pelvienne.

Ma premiere conclusion est donc que, sauf réserve des cas très nets que le clinicien rencontre de temps à autre, en dépit de la théorie et sur le terrain de la pratique, le traitement des suppurations pelviennes se confond avec le traitement des inflammations pelviennes.

Ma deuxième conclusion est que ce traitement doit procéder suivant les règles générales et absolues de la thérapeutique, du simple au composé, des procédés bénins et conservateurs aux procédés de destruction.

Cette affirmation de ma part n'est pas nouvelle; elle date de 1889, au Congrès de Berlin, où j'ai affirmé très énergiquement la nécessité d'une gynécologie conservatrice et parcimonieuse des grands sacrifices, en donnant à prévoir d'avance de quelles conséquences serait l'emploi abusif et irréfléchi des mutilations qui détruisent l'intégrité des fonctions génitales de la femme. Et depuis, je n'ai pas cessé d'écrire et de combattre pour le triomphe de ce principe : la conservation de la fonction par la conservation des organes prime toute la thérapeutique gynécologique. Il a fallu sept ans pour qu'on « ancrât » bien ce principe dans un Congrès de gynécologie.

Les conclusions disparates des rapporteurs, sur quelques points les plus importants, démontrent la confusion et le désordre qui règnent dans la manière d'apprécier en principe et dans celle d'agir en réalité.

Ce qui paraît manquer le plus à l'établissement de préceptes raisonnables et mesurés, pour le *traitement*, c'est la notion de l'évolution des inflammations pelviennes, de la salpingo-ovarite en particulier, puisqu'elle est la plus fréquente :

a) Soit qu'elles tendent naturellement vers la guérison à travers une série de recrudescences qui s'atténuent progressivement ;

b) Soit que, pour des causes diverses, les crises aiguës se perpétuent au delà du terme habituel de quelques mois et se compliquent d'accidents divers préjudiciables à la santé générale ;

c) Soit qu'enfin la lésion se fixe avec un caractère de permanence qui constitue la véritable chronicité ; auquel cas il s'ajoute souvent une étiologie qui réside en dehors du processus primitif lui-même et qu'il faut rechercher dans la constitution morbide antérieure des malades (tuberculose, syphilis, arthritisme, névropathie, alcoolisme, etc.).

En résumé, le choix de la méthode d'intervention, ne pouvant se déduire d'un diagnostic certain, qui est souvent impossible, ni d'un pronostic encore mal éclairci et d'ailleurs souvent faussé par un appareil symptomatique exagéré, ainsi que l'a si bien décrit M. Bouilly, ni même des statistiques opératoires qui visent davantage la valeur comparative d'un procédé par rapport à un autre, jugée par le pourcentage de la mortalité, il faut en arriver forcément à ce principe de la graduation des opérations non pas *a priori*, suivant l'aspect vrai ou faux des cas tels qu'ils se présentent, mais par la méthode quelque peu empirique des essais successifs, en procédant du simple au composé.

Cette méthode ne souffre aucune critique, car elle n'est contestable qu'en tant qu'elle serait dangereuse: or, elle ne l'est pas en thèse générale. et elle s'accorde admirablement avec les principes constants de l'art de guérir.

Il faut, dès lors, renoncer à tirer parti des statistiques où l'on voit les opérations *radicales* et *d'emblée* effectuées sans traitement conservateur préalable, — et dans la catégorie du traitement conservateur je fais entrer toutes les méthodes opératoires de la plus simple à la plus compliquée, qu'elles nécessitent les méthodes de la petite ou de la plus grande chirurgie.

Que prouvent ces séries de 200 à 300 opérations radicales, et quelle lumière pouvons-nous tirer des hystérectomies pratiquées quelques jours après l'entrée des malades à l'hôpital? Elles n'apportent aucune information utile à l'étude et au progrès de la guérison. L'hystérectomie, en cela, est moins utile encore au

point de vue anatomo-pathologique. Je n'éprouve aucune difficulté à l'avouer, le côté purement chirurgical de la question, la discussion des procédés et des méthodes d'ablation complète ou incomplète des organes est ce qui m'intéresse le moins. Tout gynécologue doit savoir aller jusqu'au bout des indications,

Il y a quatre ans, l'hystérectomie tendait à se substituer à la laparotomie ; il y a eu des protestations et des résistances. Aujourd'hui, on peut les mettre sur le même pied et on s'efforce de préciser les indications et de faire prévaloir les défauts de l'une à l'encontre des qualités de l'autre.

M. Bouilly a insisté justement sur la notion du *siège* des lésions pour prendre une décision dans certains cas; je retrouve là un argument que j'ai mis en avant au premier moment de la discussion, il y a six ans : aux lésions haut situées dans l'abdomen, c'est à la laparotomie qu'il faut donner la préférence.

En réalité, l'hystérectomie est plus prompte et plus simple grâce aux perfectionnements successifs ; mais la laparotomie a cet avantage d'être plus méthodique et de procéder suivant les lois de la thérapeutique chirurgicale. Elle permet de graduer l'acte opératoire, de mesurer les sacrifices nécessaires et d'extirper successivement ce qui ne peut être raisonnablement conservé. L'extirpation totale de la matrice et des annexes par la voie abdominale est tout aussi aisée que par la voie vaginale. Je l'ai pratiquée deux fois et avec succès.

Cette voie peut donc donner tout ce que peut donner la voie vaginale, avec plus de mesure et avec une sécurité égale, quand il s'agit des mêmes cas graves commandant les mutilations;j'ajouterai qu'elle est incomparablement plus complète.

Le fait qui caractérise plus positivement l'évolution de la question en discussion, c'est le retour en arrière. Nous commençons à remonter une pente qui avait été descendue avec une rapidité vertigineuse. Le pas en arrière est marqué par l'adoption plus générale de l'incision large du cul-de-sac vaginal postérieur ou du cul-de-sac antérieur. La première est une vieille méthode, une opération qui n'a pas d'âge, que nous n'avons jamais abandonnée, aux travers des entraînements excessifs vers des méthodes plus nouvelles. Notre rapporteur américain conclut à la guérison de 90 p. 100 des inflammations pelviennes par ce procédé.

Je ne veux pas retenir le chiffre, mais il suffit que déjà on proclame le succès de cette opération si simple, pour que demain on songe à user de procédés plus simples encore et à remettre à sa place la *thérapeutique utérine précoce*, quand la prophylaxie et l'expectation ont échoué. La cœliotomie vaginale antérieure est un procédé plus neuf, de réelle valeur, qui vient s'ajouter aux procédés conservateurs. Il y a dans ce domaine de grandes conquêtes à faire. Le chiffre considérable des grossesses survenues après des lésions doubles doit faire réfléchir et modérer les procédés destructeurs.

Le deuxième point acquis, c'est la *tendance conservatrice* qui se déduit de la constatation précédente et que deux des rapporteurs ont affirmée, et sur la nécessité de laquelle ils ont justement appuyé. Elle s'est accrue ici de l'affirmation autorisée de la grande majorité des orateurs. Cette tendance est logique : fatalement elle devait trouver son heure ; elle ne peut tendre qu'à s'affirmer de plus en plus.

SÆNGER (Leipzig). — La discussion qui vient d'avoir lieu a montré les gynécologues divisés d'une façon très nette en deux camps touchant le mode d'intervention à appliquer aux suppurations pelviennes ; toutefois, il se dégage une tendance très accusée en faveur des moins décisifs d'emblée, de ceux qui ne comportent pas le sacrifice de l'utérus, dans des cas où l'on est d'accord aujourd'hui pour le conserver. Je regrette, comme l'a fait Léopold, que la question ait été posée en termes généraux, ce qui a empêché certainement l'accord de se faire. En se plaçant en présence ou en l'absence du pus on est forcé d'aboutir à un éclectisme qui laisse à chacun sa liberté d'action. On ne peut donc conclure en faveur d'aucun procédé absolu. Le pus au voisinage de cul-de-sac vaginal commande la ponction ou l'incision qui ne préjuge rien sur les lésions existantes et très souvent suffit à la guérison. Le pus enkysté dans des trompes restées en place demande l'emploi de la laparotomie, le diagnostic étant forcément incertain pour les collections haut placées quant à la nature du contenu des poches aussi bien que l'uni ou la bilatéralité des lésions. L'hystérectomie reste donc en dernière ligne ; les indications de la pratique sont de plus en plus restreintes, elle restera le complément de l'incision vaginale quand celle-ci aura révélé des lésions trop profondes.

DEUXIÈME QUESTION

Traitement opératoire des rétrodéviations de l'utérus.

OTTO KÜSTNER (Breslau), *rapporteur*. — Küstner commence son rapport par la lecture d'une double statistique, l'une personnelle, l'autre constituée par une série de faits communiqués par divers opérateurs :

1° Statistique des opérations pratiquées à la *Konigl. Universitäts-Frauenklinik*, du 23 octobre 1893 jusqu'au 31 mars 1896 :

	SANS OPÉRATION	AVEC OPÉRATION
Du 23 septembre 1893 au 31 mars 1894, on a traité.	124 cas.	57 cas.
Du 1er avril 1894 — — 1895, — .	269 —	127 —
Du 1er — 1895 — — 1896, — .	294 —	108 —
Total............	687 cas.	292 cas.

VENTROFIXATION. — 140 cas, parmi lesquels les prolapsus traités d'après la *méthode de l'auteur* (ventrofixation et opérations rétrécissant le vagin, en une séance). *Mort*, 2 cas : 1 par coma diabétique, 1 par septicémie consécutive à l'ouverture, au cours de l'opération, d'un abcès dans le péritoine.

Méthode de choix, une ou deux sutures perdues au crin de Florence ; plus tard, de soie, à travers le fond de l'utérus.

Dans 9 cas, il y eut, consécutivement, des accouchements. Dans un, un avortement précéda l'accouchement. Une autre fois, la grossesse se termina par un avortement. Dans 2 cas, enfants mort-nés. Une fois, intervention (version).

VAGINOFIXATION. — 81 cas. *Méthode suivie :* Incision sagittale, ouverture du Douglas *antérieur* (cul-de-sac vésico-utérin), fixation de l'utérus par deux sutures au crin de Florence placées dans le voisinage de la moitié inférieure du corps de l'utérus, de façon à laisser toute mobilité à la portion supérieure de l'organe. Sutures de fixation rarement perdues.

Sur 22 cas examinés d'avril à juillet 1896, dans 17 l'utérus resté en bonne position ; pour les 5 autres, il a été trouvé en position intermédiaire ou en flexio-rétroversion.

Les 20 cas opérés jusqu'au 18 septembre 1894, soit au cours de la première année, furent contrôlés jusqu'en mai 1895. A ce moment, 13 fois l'utérus était en bonne position, 7 fois en position intermédiaire ou en flexio-rétroversion. Dans 9 cas, les femmes

accouchèrent consécutivement, 4 fois des avortements précédèrent l'accouchement, 2 fois même chez une femme. Dans 2 cas, enfants mort-nés. 1 forceps (enfant vivant). En outre, on constata 3 grossesses (du 5e au 6e mois), dont une précédée par un avortement.

Chez 2 femmes, examinées après l'accouchement, l'utérus était en flexio-rétroversion.

Opération d'Alexander. — 71 cas. *Méthode :* Grande incision, ouverture du canal inguinal, attraction des ligaments ronds jusqu'au cône péritonéal, raccourcissement du ligament, suture du ligament raccourci au fascia entre l'angle supérieur de l'incision et l'épine iliaque antéro-supérieure.

2 fois le ligament rond ne fut pas trouvé ; dans ces cas l'opération resta unilatérale. Sur les 23 cas contrôlés d'avril à juillet 1896, 2 fois l'utérus était en mauvaise et 21 fois en bonne situation.

Les 42 cas opérés jusqu'au 2 mars 1895 furent contrôlés en juin 1895 ; 6 fois l'utérus était en flexio-rétroversion, 36 fois en bonne position. 5 accouchements consécutifs qui tous évoluèrent spontanément. En aucun cas, avortement antérieur à l'accouchement.

2° Statistique faite d'après communications envoyées, sur demande, par 70 opérateurs :

Ventrofixation. —	Nullipares......	221
	Ayant accouché.	688
	Filles...........	25
		934

Rétroversio-flexions	fixées..............	503
—	non fixées.........	331

Procédé de ventrofixation. — Procédé de Léopold, 681 fois ; procédé d'Olshausen, 254 fois. Les adhérences furent, dans la plupart des cas, détruites au cours de l'opération ; isolément d'après la méthode de Schultze (20 fois, d'après les renseignements), avant l'opération.

7 cas de mort ont été signalés : deux par iléus. En général, le résultat est indiqué comme étant bon ; toutefois, il est fait mention d'au moins 25 récidives.

La grossesse a été consécutivement observée 98 fois ; 74 fois, grossesse et accouchement évoluèrent normalement ; 24 fois, grossesse ou accouchement furent troublés : avortements et fausses couches 15, grossesse tubaire 1, dystocie par présentation transversale 3 fois (une fois version difficile), rétention du placenta 1. En outre, dans deux cas, il fallut consécutivement faire l'opération césarienne. Une fois cette opération fut pratiquée par le même opérateur qui avait fait l'abdomino-hystéropexie (Springsfeld), une autre fois elle fut pratiquée en dehors du service hospitalier (Hofmeier) où la ventrofixation avait été faite.

Les accidents de grossesse ou de parturition furent plus fréquents après l'intervention d'après la méthode de Léopold *(14)* que d'après celle d'Olshausen (7).

Opérateurs. — Asch, Anonyme, Arendt, Baumm, Brennecke, Bayer, Blumenthal, Czempin, Döderlein, Dohrn, Eberhardt, Fisch, Flatau, Frænkel, Frommel, Günther, Heyder, Hofmeier, Hornkold, Kehrer, Kirchhoff, Klein, Klotz, Krukenberg, Kuppenheim, Kötschau, Keller, Leisse, Leopold, Loehlein, Martini, Mewis, Menzel, Müller, Middeldorpff, Mackenrodt, Odebrecht, Pfannenstiel, Pernice, Prochownick, Reuss, Rühle, Rokitansky, Ruge, Rosthorn, Schmidt, Schultze, Sœxinger, Schwarz, Staude, Sænger, Schramm, Springsfeld, Schwarze, Thorn, Tischner, Thiede, Werth, Wehmer, Winckel, Uter, Ziegenspeck.

VAGINOFIXATION. — Communications sur :

376 vaginofixations sans ouverture du Douglas antérieur.
410 — avec — du cul-de-sac antérieur.

Nullipares	87	
Femmes ayant accouché	502	
Filles	24	
Rétroflexions non fixées		514
— fixées		163

En outre, il ressort des renseignements communiqués que les adhérences avaient été détruites par la méthode de Schultze 12 fois avant l'opération.

Encore, d'après ces renseignements, la libération des adhérences fut faite, d'après le procédé de Boisleux, 64 fois au moment de l'opération, et 67 fois aussi au moment de l'opération à la manière habituelle.

Morts, 3. — Dans 72 cas, déjà au départ des malades ou peu après, la rétroversio-flexion s'était reproduite ; il est dit que dans 29 de ces cas, on avait réalisé une fixation séro-séreuse. Dans 92 cas, on observa consécutivement des troubles fonctionnels ; 19 fois, il s'agissait de fixation séro-séreuse.

Grossesses consécutives. — 23 auraient évolué régulièrement. Il est en outre fait mention de 13 grossesses irrégulières, troublées (avortements, rétention placentaire, 1) et d'accidents de la parturition (présentations transversales, éclampsie).

Enfin, on cite 5 cas de récidives de la rétrodéviation, au cours du puerperium. *Opérateurs*. — Asch, Anonyme (Cöln), Arendt, Baumm, Behm, Blumenthal, Czempin, Döderlein, Eberhardt, Flatau, Frænkel, Frommel, Günther, Glœveke, Hofmeier, Kehrer, Keller, Kötschau, Krukenberg, Kupferberg, Kuppenheim, Leopold, Leisse, Loehlein, Mewis, Mackenrodt, Moeller, Menzel, Odebrecht, Pernice, Pfannenstiel, Parsenow, Prochownick, Rosthorn, Rœther, Rokitansky, Sænger, Schwarz, Schultze, Schmidt, Schramm, Staude, Thorn, Wehmer, Werth, Winckel, Ziegenspeck.

Opération d'Alexander. — Communications sur :

Opérations faites chez des nullipares	26
— chez des femmes ayant accouché.	79
— sans indications	15
Total	120

Toujours d'après les renseignements :

Rétrodéviations fixées	100
— non fixées	3
— mobilisées d'après Schultze avant l'opération	2

Rétroversio-flexion au départ des femmes	1 fois.
Constatation ultérieure de l'utérus revenu en rétrodéviation	12 —
Constatation de l'utérus resté en bonne situation	27 —
Grossesses ultérieures	27 —
Sont régulières : 20.	
Avortements ou fausses couches	5 —

Opérateurs. — Asch, Arendt, Baumm, Glœvecke, Keller,

Kötschau, Kulenkampf, Leopold, Pernice, Pfannenstiel, Sænger, Schultze, Schmidt, Werth.

VÉSICOFIXATION (*abdominale et vaginale*), 64 cas : de 9 abdominales, il est dit qu'il ne s'agissait pas de rétroversio-flexion fixées. Sur 25 abdominales, on consigne 1 récidive et 1 grossesse régulière. Sur 3 vaginales sans ouverture du pli vésico-utérin, 1 récidive. 35 vaginales avec ouverture du cul-de-sac antérieur, sans récidive. *Opérateurs.* — Mackenrodt, Sænger, Staude, Werth.

MÉTHODE DE DŒDERLEIN : 5 cas sans récidive.

MÉTHODE DE GUNTHER : 2 cas sans récidive.

RÉSECTION DU DOUGLAS d'après Stratz : 2 cas non fixés ; 2 récidives au départ des femmes. *Opérateurs :* Baumm, Léopold.

MÉTHODE DE FROMMEL. — 4 cas, 4 non fixées. 4 femmes ayant accouché. 2 récidives au moment du départ ; 2 cas incertains. *Opérateur :* Frommel.

RÉTROFIXATION DE SÆNGER. — 60 cas (49 par Sænger lui-même). 7 nullipares, 53 ayant accouché. Rétrodéviations non fixées 46. Au départ, 11 récidives constatées ; 11 grossesses, 2 avortements.

LIGATURE UTÉRINE (d'après SCHUCKING) avec ou sans décollement de la vessie. 30 cas : 3 nullipares, 11 ayant accouché, 2 filles. Rétrodéviations non fixées 11, fixées 5 ; 5 fois, libération des adhérences (d'après Schultze) avant l'opération. Dans 12 cas, récidive déjà à la sortie des malades ou peu après. *Opérateurs :* Baumm, Czempin, Kötschau, Léopold.

LIGATURE VAGINALE AVEC DÉCOLLEMENT DE LA VESSIE ; pessaire de Hodge pendant 6 mois. 52 cas : non fixés 41, fixées 11 (dans ces cas, libération d'après Schultze). 7 récidives connues, 3 grossesses dont 2 avortements. *Opérateur* : Klotz.

LIGATURE VAGINALE ET RÉTROFIXATION DU COL. — Hodge, 6 mois. 184 cas : 139 non fixées, 33 fixées (libération d'après Schultze). Récidives peu après 8 ; grossesses 36 dont 21 régulières. Avortements 11, grossesses extra-utérines 1, présentation transversale 1, forceps 5. *Opérateurs :* Klotz, Sænger, Thorn, Ziegenspeck.

De ces diverses statistiques, Küstner conclut :

1. Bien qu'aucun des procédés opératoires appliqués actuellement au traitement des rétroversions et des rétroflexions utérines ne rende à l'utérus et aux annexes leur position absolument normale, on doit cependant préférer la nouvelle position utérine obtenue ainsi artificiellement à la rétroversion ou à la rétro-

flexion primitive. En effet, de cette manière, l'utérus retrouve jusqu'à un certain point sa mobilité normale. La formation d'adhérences avec les organes voisins se trouve ainsi prévenue, aussi celle d'un prolapsus ultérieur ; en un mot, la statique des organes pelviens est rétablie d'une manière relative.

2. Dans le traitement opératoire de ces déviations utérines, il faut soigneusement distinguer les rétroversions et les rétroflexions réductibles de celles qui sont maintenues par des adhérences; ces dernières devant tout d'abord être mobilisées. Pour maintenir l'utérus en antéversion ou en antéflexion, on se servira ensuite, pour ces dernières, des mêmes procédés que pour les rétroversions et les rétroflexions réductibles d'emblée.

3. En ce qui concerne les interventions ayant pour but de mobiliser les rétroversions ou les rétroflexions adhérentes (*opérations mobilisantes)*, on ne doit pas ouvrir la cavité abdominale lorsque les adhérences ne sont pas trop solides et trop étendues. Dans ce cas on pourra atteindre le but par le massage ou les manœuvres de Schultze.

Si les adhérences étaient par trop nombreuses et solides, il y aurait lieu de recourir à l'ouverture de la cavité abdominale pour libérer l'organe aussi bien que possible.

4. L'ouverture de la cavité abdominale peut se faire par les culs-de-sac antérieur ou postérieur ainsi que par la paroi abdominale. Il est hors de doute que c'est la laparotomie qui permet le mieux de se rendre un compte exact de l'état et de l'étendue des adhérences. Il en résulte qu'elle présente des avantages manifestes pour le traitement minutieux de ces dernières ainsi que pour celui des annexes, qui sont toujours plus ou moins affectées.

Les colpotomies, antérieure et postérieure, sont des opérations beaucoup moins exactes et risquent de donner lieu à des interventions moins complètes. En outre, la première ne permet pas toujours d'éviter les lésions d'organes voisins.

5. La valeur des différents procédés qui ont pour but de fixer l'utérus dans une nouvelle position se juge d'après les deux propositions suivantes :

a) Ils doivent être capables de maintenir l'utérus dans une bonne position.

b) Les fonctions normales de l'utérus ne doivent être modifiées d'aucune manière.

6. **Les résultats obtenus par la ventro-fixation, la vagino-fixation, la fixation abdomino-vésicale et par l'opération d'Alexander, prouvent que ces différentes opérations sont suffisamment capables de maintenir l'utérus dans une bonne position ; il n'en est pas de même de ceux obtenus par les modifications récentes de ces divers procédés, ainsi que par la rétrofixation de Sänger.**

7. Les fonctions normales de l'utérus ne sont pas, ou tout au moins relativement peu, altérées par la *ventro-fixation*, *l'opération d'Alexander*, et par la *fixation vésicale.*

8. Elles sont, au contraire, profondément atteintes par la fixation vaginale, dès que celle-ci s'étend à la plus grande partie de la paroi antérieure de l'utérus.

9. Il y a lieu, par conséquent, de ne pas soumettre à la *vagino-fixation* les femmes aptes à concevoir. Chez les femmes qui ne le sont plus, cette opération donne par contre de très bons résultats. Chez ces dernières lorsqu'il y a en même temps que la déviation utérine une descente de l'utérus ou un léger degré de prolapsus, on combinera avantageusement la vagino-fixation avec les colporraphies.

10. S'agit-il d'adhérences étendues, la meilleure opération consiste dans la laparotomie, suivie de la rupture des adhérences, avec le Paquelin, avec les ciseaux ou avec les doigts, et dans la *ventrofixation* d'après le principe d'Olshausen.

Si les annexes sont malades, il faut suivre le principe conservateur jusque dans ses plus extrêmes conséquences. Il ne faut, dans aucun cas, les enlever à moins qu'elles ne soient gravement atteintes mais il faut seulement les libérer de leurs adhérences. Dans tous les cas, il faudra, chez de jeunes personnes, laisser autant que possible une certaine quantité de tissu ovarien.

C'est de cette manière qu'il faut en principe traiter toute rétroversion ou toute rétroflexion utérine. Les curettages, les bains et autres traitements symptomatiques ne devront être employés qu'exceptionnellement.

11. Le meilleur procédé opératoire contre la rétroversion ou la rétroflexion réductible d'emblée est l'opération d'Alexander, exécutée d'après les premiers préceptes de Werth-Kocher, parce que cette opération garantit dans tous les cas une position de l'utérus qui se rapproche le plus de la normale ou qui est en somme la position normale.

12. Les indications pour le traitement opératoire des rétroversions et des rétroflexions utérines réductibles sont essentiellement données par la longueur de l'affection, l'inutilité du traitement par les pessaires, l'aversion des malades pour ce genre de traitement, etc. L'indication objective consiste dans une déformation du vagin, ne permettant pas le traitement par les pessaires.

13. Considérant que le prolapsus utérin n'est en général qu'une conséquence de la rétroversion ou de la rétroflexion de l'utérus, le premier souci de l'opérateur dans le traitement du prolapsus doit être d'assurer le redressement de l'utérus. Il en résulte que le meilleur traitement du prolapsus utérin consiste dans la ventro-fixation de l'utérus à laquelle il faut adjoindre, dans la même séance, les différentes opérations plastiques qui ont pour but d'obtenir un rétrécissement du vagin.

S. Pozzi (Paris), *co-rapporteur*. — I. — Les syndromes cliniques désignés sous les noms de *rétro version* et de *rétroflexion de l'utérus* ne constituent pas des entités morbides distinctes. Ils ne sont considérés comme des affections spéciales que par suite d'une tradition ancienne qui doit être aujourd'hui réformée.

II. — La déviation en arrière de l'utérus, simple ou avec flexion, s'observe dans deux conditions radicalement différentes :

a) Relâchement des ligaments, sans adhérences dues à une périmétro-salpingite antérieure. C'est la *rétrodéviation mobile*.

b) Adhérences postérieures, surtout autour des annexes après une péri métrite ou une péri-oophoro-salpingite. C'est la *rétrodéviation fixe*. Cette dernière est de beaucoup la plus fréquente.

Il n'y a aucune assimilation à établir entre ces deux ordres de lésions, confondues sous un même nom à une époque où l'analyse des signes fournis par le toucher était encore rudimentaire et où l'on ignorait presque complètement les lésions tubo-ovariennes. On confondait donc ordinairement les rétrodéviations avec les tumeurs inflammatoires tubo-ovariennes prolabées dans le cul-de-sac de Douglas.

III. — Pour les rétrodéviations mobiles, on devrait substituer aux noms de *rétro version* et de *rétroflexion* celui de *mobilité* (excessive) *de l'utérus*. En effet, l'orientation en arrière est simplement ici l'attitude la plus naturelle de l'utérus qui a perdu sa

fixité, et, par suite, son antécourbure normale ; mais cette orientation vicieuse ne cause par elle-même que des accidents très accessoires de compression. Les phénomènes principaux, d'ordre nerveux et réflexe, sont indépendants de la direction de la déviation et sont dus à la mobilité. Ils persistent quand on ramène momentanément l'utérus en avant sans assurer sa fixité. Ils paraissent dus à une rupture d'équilibre dans la statique abdominale, à une véritable entéroptose pelvienne.

IV. — Tout traitement chirurgical qui se propose, ici, de fixer l'utérus redressé par un point limité de sa surface, ne peut avoir que des résultats temporaires. La traction constante sur le point d'attache artificiel produit de nouveau le relâchement. Telle est la cause des insuccès presque constants, à échéance plus ou moins longue, de l'opération d'Alexander et d'autres opérations analogues. L'hystéropexie abdominale, la vagino et la vésicofixation ne paraissent donner également qu'une stabilité temporaire. Du reste, beaucoup de ces opérations doivent être rejetées parce qu'elles créent un danger pour un accouchement ultérieur.

V. — Le traitement rationnel de la *rétrodéviation mobile* ou pour mieux dire de la *mobilité* (excessive) *de l'utérus*, est complexe et doit se proposer de répondre à diverses indications :

a) Guérir la métrite, très fréquente en pareil cas, par les moyens appropriés (curettage, amputation du col, etc.).

b) Restaurer le périnée souvent déchiré ou relâché, par une opération plastique largement pratiquée.

c) Faire porter à la malade un pessaire qui fixe le col en distendant le cul-de-sac postérieur du vagin, et une ceinture hypogastrique qui régularise la pression intra-abdominale.

VI. — Le traitement de la *rétrodéviation fixe* de l'utérus se réduit à celui des lésions qui l'ont amenée, et qui la maintiennent.

Elle est toujours due à des adhérences plus ou moins fortes, siégeant soit au niveau de l'utérus, soit au niveau des annexes. Il en est qui peuvent être rompues par des manœuvres de massage, combinées ou non avec le cathétérisme ; mais cette pratique offre toujours des dangers. Elle est, du reste, irrationnelle.

En effet, la rétrodéviation n'est ici, en réalité, qu'un épiphénomène. L'élément morbide principal n'est pas la déviation, ni même les adhérences, mais bien l'état maladif de l'utérus, de la

trompe et de l'ovaire; la question chirurgicale doit donc se transporter sur ce terrain nouveau et le traitement est surtout basé sur le degré plus ou moins grand de lésion des annexes ou de l'utérus.

VII. — Beaucoup de rétrodéviations fixes sont indolentes, constituent des *lésions de guérison* acquises et tolérées, puis les symptômes morbides surviennent si ces utérus déplacés et adhérents sont de nouveau atteints de métrite. La guérison opératoire de l'utérus par des moyens appropriés suffit alors pour faire disparaître les accidents, si les annexes sont peu ou point atteintes.

VIII. — Dans d'autres cas l'examen clinique permet de reconnaître que les lésions sont prédominantes du côté des annexes et que s'il existe de la métrite concomitante, elle est deutéropathique. La laparotomie est alors indiquée. Trouve-t-on des lésions légères des annexes, une ovarite scléro-kystique sans oblitération des trompes, servant de point de départ aux adhérences? On devra faire une opération conservatrice et se borner, après avoir détruit celles-ci, à pratiquer l'ignipuncture ou la résection partielle de l'ovaire, selon les cas. L'utérus se redresse de lui-même après la destruction des adhérences. Pour plus de sûreté, j'ai pendant longtemps complété l'opération par l'hystéropexie abdominale. Je ne le fais plus maintenant par crainte des accidents ultérieurs de dystocie. J'ai, du reste, obtenu ainsi d'aussi bons résultats.

S'agit-il de lésions plus ou moins profondes de l'ovaire et des trompes, avec *oblitération* de ces dernières? On fera la castration, car la fécondité est définitivement abolie. L'utérus se redresse par suite du raccourcissement des ligaments que produit la ligature des pédicules.

Ces opérations sur les annexes amènent la guérison de tous les symptômes morbides faussement attribués à la seule rétrodéviation de l'utérus.

IX. — Il est des cas où le meilleur traitement d'une rétrodéviation est l'hystérectomie vaginale. Ce sont ceux où il s'agit de lésions anciennes et bilatérales des annexes, compliquées de métrite chronique avec hypertrophie de l'utérus. En effet, en pareil cas, l'extirpation des annexes par l'abdomen après destruction des adhérences laisse l'utérus, lourd et volumineux, se renverser de nouveau dans le cul-de-sac de Douglas. Assurément,

on pourrait alors, après la castration, faire l'hystéropexie abdominale complémentaire dans la même séance, puis, plus tard, amener la guérison et l'involution de l'utérus par le curettage et l'amputation du col, enfin refaire un périnée s'il était insuffisant et placer un pessaire. Mais cette pratique est beaucoup plus compliquée, plus longue, et sensiblement aussi grave que l'hystérectomie vaginale. On est donc autorisé à y avoir recours dans ces cas exceptionnels.

Polk (New-York), *co-rapporteur.* — 1. Les rétrodéviations et tout spécialement celles intéressant l'utérus apte à l'état de gestation, ne doivent pas être soumises à un traitement opératoire, qui fixe le fond ou le corps de l'organe à la paroi abdominale, ou à un des organes voisins, la vessie ou le vagin.

2. Les rétroversions sans complications et chez les malades encore aptes à concevoir doivent être traitées par le raccourcissement externe, c'est-à-dire inguinal des ligaments ronds (opération d'Alexander). On peut aussi pratiquer dans ces cas le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds ou des ligaments utéro-sacrés par la voie vaginale.

3. Chez les malades encore en état de concevoir, les rétroflexions non compliquées devront être traitées par le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds et, si c'est nécessaire, des ligaments utéro-sacrés; les deux opérations faites par la voie vaginale.

4. Les rétrodéviations adhérentes doivent être opérées, chez les femmes avant la ménopause, par le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds et, si c'est nécessaire, des ligaments utéro-sacrés par la voie vaginale, si possible. L'opération d'Alexander peut être appliquée à ces déviations, après rupture des adhérences par colpotomie, dans le cas où les ligaments ronds ne sont pas intéressés dans les adhérences, comme cela est souvent le cas après des poussées inflammatoires de périmétrite antérieure.

5. La rétrodéviation d'un utérus, dépourvu de ses annexes après salpingo-oophorectomie, doit être traitée par le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés, si c'est nécessaire.

6. Après la ménopause les rétrodéviations doivent être traitées

par le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés, ces opérations devant être exécutées, si possible, par la voie vaginale. L'opération d'Alexander suffira s'il n'existe pas d'adhérences et si l'utérus n'est pas atrophié.

7. Lorsque les ligaments utéro-sacrés sont allongés et que, de cette manière, ils sont un facteur important de la rétrodéviation, leur raccourcissement devra être compris dans l'opération; la voie vaginale est préférable dans ce but.

Appendice. — *Opération du raccourcissement des ligaments ronds et utéro-sacrés.* — 1° Le cul-de-sac antérieur du vagin est incisé comme dans la colpotomie antérieure, l'utérus et les annexes sont libérés de leurs adhérences, s'il en existe, l'utérus est amené en antéversion et le fond de l'organe attiré dans le vagin. Le ligament rond, y compris son revêtement péritonéal, est entouré d'une suture à la soie assez éloignée de l'utérus, pour permettre son attache facile à l'utérus au niveau du point d'origine du ligament rond. De cette façon celui-ci est replié sur lui-même et présente naturellement deux boucles, dont l'une est suturée à l'utérus tandis que l'autre le sera au ligament rond lui-même en dehors de la partie repliée. Une troisième suture est placée sur la boucle elle-même. On doit prendre soin de ne pas blesser la trompe en passant cette dernière suture. Après avoir répété la même manœuvre du côté opposé l'utérus est rentré dans la cavité péritonéale et l'ouverture vaginale est fermée au catgut en suturant d'abord le péritoine seul et puis la paroi du vagin.

2° Ouverture du cul-de-sac postérieur par une incision transversale au niveau de l'insertion utéro-vaginale, s'étendant des deux côtés jusqu'aux culs-de-sac latéraux. On entre dans le Douglas et on jette une forte suture de soie sur le ligament utéro-sacré, environ à son point médian. On pratique cela des deux côtés en tendant les ligaments afin de faciliter cette manœuvre. L'extrémité de chaque suture est passée à travers la paroi vaginale, chacune de son propre côté et à l'angle extrême de l'incision, les fils sont serrés solidement. De cette manière le col est attiré en arrière et en haut et arrive ainsi à environ mi-hauteur des ligaments utéro-sacrés, Le cul-de-sac est fermé au catgut et les sutures intéressant les ligaments utéro-sacrés sont laissées

longues ; le drain est enlevé après la quinzaine. La malade doit garder le lit 3 semaines ; on n'appliquera pas de pessaire. Il faut surveiller l'évacuation régulière de l'intestin et de la vessie ; les malades affligées d'un abdomen proéminent devront porter une ceinture ventrale.

PAUL REYNIER (Paris). — Lorsqu'on parle des rétrodéviations utérines, il me paraît tout d'abord indispensable de distinguer les rétroversions des rétroflexions.

La pathogénie, la symptomatologie, le traitement de ces deux ordres de déplacements sont en effet tout à fait différents, et font deux lésions qu'on ne saurait, comme on le fait trop souvent, décrire dans un même chapitre.

La rétroversion est symptomatique de lésions bénignes, la rétroflexion de lésions beaucoup plus sérieuses.

Avec intention, je dis que ces déviations sont symptomatiques.

Je suis, en effet, de l'avis formulé par mon cher maître Gosselin, par Mathews Duncan, par Vedeler, que les déviations utérines ne constituent pas par elles-mêmes une lésion mais sont symptomatiques de lésions qui les produisent.

Ceci est surtout vrai pour la rétroflexion.

La rétroversion ne se rencontre généralement chez la femme qu'après l'accouchement, ou chez la femme dont le système musculaire est flasque ; chez celles qui sont destinées au prolapsus.

C'est la même cause qui produit le relâchement des soutiens de l'utérus, ligaments ronds, releveur de l'anus. Par suite, en présence d'une rétroversion, pour faire œuvre utile, il faut s'occuper de la lésion qui la produit.

Il ne suffit pas de redresser l'utérus, ce qui se fait facilement dans la rétroversion, il faut le maintenir réduit. Il faut donc s'attaquer aux soutiens de l'utérus ; leur donner de la résistance ou les remplacer artificiellement ; pour les remplacer artificiellement, nous avons les pessaires, mais j'avoue que ces instruments, qui me paraissent d'un autre âge, m'ont toujours été pénibles à conseiller. Je ne peux me résoudre à faire porter à des femmes, et surtout à de jeunes femmes, ces anneaux qui ne se maintiennent qu'en agrandissant la cavité vaginale, en comprimant les organes voisins, et qui sont si difficiles à maintenir propres.

Pour combattre le relâchement du système musculaire, on

peut le fortifier en essayant du massage, dont je ne parle qu'incidemment, n'ayant pas eu souvent l'occasion de l'employer. Toutefois j'ai vu une ou deux femmes qui ont paru s'en bien trouver.

Nous pouvons enfin raccourcir ce qui est trop lâche et, dans ce cas, nous avons l'opération d'Alexander qui s'adresse à un des moyens de soutien de l'utérus, les ligaments ronds et qui, dans un certain nombre de cas, peut être suffisante, surtout si l'on s'assure que le plancher périnéal est intact ou si on le répare dans le cas contraire.

C'est évidemment l'opération la plus rationnelle que nous puissions proposer contre la rétroversion ; nous supprimons ainsi cette sensation de pesanteur qu'accusent les femmes par le fait de la rétroversion, et la gêne dans le fonctionnement du gros intestin. Quant aux douleurs, ces douleurs étant dues à la métrite qui très souvent accompagne la rétroversion, elles disparaîtront si, en même temps que le traitement de la rétroversion, on fait celui de la métrite, curettage ou cautérisation.

Je repousse toutefois tous les procédés vaginaux pour la fixation de l'utérus.

Je ne les comprends pas ; avec Trélat, je ne peux en effet admettre qu'on essaie de planter un clou dans une tenture mobile ; si ces procédés ont quelquefois réussi, c'est qu'ils déterminent des inflammations péri-utérines qui immobilisent l'utérus. Mais comment dans ce cas est-il immobilisé? en antéflexion, c'est-à-dire qu'on a réussi à substituer une infirmité à une autre.

Pour les rétroflexions, elles sont symptomatiques, ainsi que je l'ai dit, de lésions plus sérieuses. Les rétroflexions sont dues à des lésions inflammatoires des annexes ou à des paramétrites, quelquefois très anciennes, laissant des adhérences qui fixent l'utérus en place.

La cause initiale de ces lésions est le plus souvent la métrite. Aussi les rétroflexions sont-elles symptomatiques de métrites et de lésions annexielles.

J'en parle, d'autant plus convaincu, qu'à l'heure actuelle, pour des rétroflexions, je suis intervenu 31 fois.

4 fois en faisant une hystérectomie vaginale dans laquelle j'enlevai utérus et annexes, et 27 fois en faisant la laparotomie et l'hystéropexie. Or, dans tous ces cas, j'ai trouvé les lésions

annexielles dont je viens de vous parler, et tous ceux qui feront, dans ces cas de rétroflexion, la laparotomie et qui regarderont comme moi à ciel ouvert, arriveront à la même conviction et aux mêmes conclusions que moi.

Par conséquent, toute opération qui ne s'adresse qu'à la rétroflexion me paraît irrationnelle, aussi irrationnelle que le serait le redressement d'une articulation fléchie par une arthrite, si en redressant cette articulation on ne s'occupait pas de l'arthrite.

C'est pourquoi l'Alexander indiqué dans la rétroversion cesse de l'être dans la rétroflexion. En raccourcissant les ligaments ronds, en les tirant, on amène en masse l'utérus restant fléchi et les annexes qui lui adhèrent intimement.

C'est ce qui m'est arrivé, c'est ce qui est arrivé au Dr Gérard Marchant. Les malades ont bien l'utérus redressé, vous leur faites disparaître les symptômes de compression rectale, mais quand on les examine bien elles continuent à souffrir.

J'en ai eu à traiter pour des rétroflexions réduites par la méthode d'Alexander.

Je leur ai fait une laparotomie par laquelle je me suis rendu compte pourquoi elles souffraient encore. L'utérus restait fléchi, la flexion était maintenue par des adhérences très fortes qu'il m'a fallu couper au ciseau, et en le faisant j'ai libéré les annexes qui étaient malades et que j'ai dû enlever.

La laparotomie me paraît en effet l'opération qui peut agir le plus efficacement contre ces lésions.

Elle permet seule de rompre facilement les adhérences, de traiter les annexes en conséquence, de redresser l'utérus et de le fixer en bonne position par l'hystéropexie.

De plus, ces laparotomies ne sont pas dangereuses, sur 27 cas je n'ai pas perdu une malade.

L'hystéropexie doit être toutefois complétée le plus souvent par un curettage pour remédier à la métrite qui a été la cause initiale et qui persiste encore. Si dans 3 cas, j'ai fait encore avec succès l'hystérectomie en enlevant par cette voie l'utérus et les annexes malades, toutefois je ne saurais être partisan de cette opération qui peut quelquefois être beaucoup trop sérieuse ; les annexes n'étant souvent pas malades toutes les deux, et pouvant quelquefois être conservées.

On a en effet des ovaires kystiques qu'on peut ponctionner, des trompes encore perméables qu'on peut cathétériser.

Quant à la technique de l'hystéropexie, je tiens à parler de la manière dont je la pratique.

J'ai, pendant quelque temps, fixé le corps de l'utérus à la paroi en passant des fils de soie en plein dans le corps de l'organe. A l'heure actuelle j'ai renoncé à ce système de fixation; j'ai remarqué, en effet, que souvent, malgré les précautions aseptiques prises, les fils de soie tendaient à s'infecter et à s'éliminer, il en résultait une fistule de longue durée qui ne pouvait se fermer qu'après l'ablation du fil. Comme ces accidents survenaient un temps assez long après l'opération, alors qu'on croyait la malade guérie, il fallait bien admettre une infection secondaire de ces fils, d'autant plus compréhensible que ces fils avaient été passés dans un milieu septique. Il ne faut pas, en effet, perdre de vue que l'utérus atteint de rétroflexion est généralement le siège d'une métrite plus ou moins ancienne et que, dans ces conditions, l'asepsie du tissu utérin peut être suspecte.

Pour éviter cet accident, je préfère à l'heure actuelle passer mes fils dans le ligament large, je les passe au-dessous de l'insertion utérine du ligament rond que je fixe de chaque côté à la paroi abdominale; dans ces conditions, je n'ai plus vu mes fils s'éliminer et j'ai constaté que mon utérus se maintenait bien fixé.

Paul Petit (Paris). — Les rétrodéviations *simples*, quand elles sont *récentes*, doivent être combattues systématiquement par le pessaire. Quand elles sont *anciennes et bien supportées*, rien à faire, à moins qu'on ne leur attribue la stérilité; en ce cas, et, de même pour les rétroversions *anciennes et mal tolérées* du même groupe, on peut opter entre le pessaire qui offre ici moins de sûreté et l'intervention chirurgicale.

Des *lésions annexées aux rétrodéviations*, les unes influent pour une part égale ou inférieure sur les symptômes et le traitement (ainsi en est-il de la métrite); les autres, et ce sont les plus nombreuses, prédominent à tout point de vue: on y peut ranger les tumeurs, le prolapsus, les adhérences péritonéales, la rétraction du tissu cellulaire pelvien, la sclérose localisée à l'angle de flexion.

En tout cas, si une intervention directe est nécessaire, elle doit répondre aux exigences de la chirurgie conservatrice. A ce point

de vue, tous les modes d'*antéfixation anormale* sont à rejeter. Parmi les opérations qui s'attaquent aux agents de l'*antéfixation physiologique*, il faut distinguer celles qui *fixent les ligaments en situation anormale* de celles qui les *raccourcissent dans leur direction normale*. Les premières sont logiquement inférieures aux secondes qui comptent les différents procédés de raccourcissement des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés. Seule, parmi celles-ci, l'opération d'Alquié-Alexander, que l'auteur a pratiquée une vingtaine de fois et dont il est très satisfait, a subi, avec avantage, l'épreuve du temps.

CHALEIX-VIVIE (Bordeaux). — L'examen d'un grand nombre de femmes, ayant subi des traitements opératoires divers pour la rétroversion, montre que le succès définitif est réservé seulement à ceux qui combattent, sans en excepter un seul, tous les facteurs de production des phénomènes douloureux et des troubles fonctionnels qui accompagnent la rétroversion. Il faut faire la part de ce qui revient chez les malades aux altérations de l'endomètre, du col et des annexes et à l'insuffisance des parois vaginales. Le redressement de l'utérus restera le plus souvent sans donner aucun soulagement aux opérées, si l'on néglige d'abraser, après dilatation, un endomètre malade, d'amputer un col ectopié et pesant, et de rendre à l'utérus, par la réfection des parois vaginales, sa statique normale.

Je rapporte ici 4 observations de femmes, dont la rétroversion avait été traitée uniquement, soit par le raccourcissement des ligaments ronds, soit par l'hystéropexie. Aucun soulagement notable n'avait été obtenu. Ultérieurement leur guérison totale fut atteinte par des interventions complexes portant sur l'endomètre, sur le col et les parois vaginales.

Dans un très grand nombre de cas, ces opérations, en apparence accessoires, constituent, dans le traitement de la rétroversion, un temps tout au moins aussi essentiel à la guérison que le redressement de l'utérus.

SABINO COELHO (Lisbonne). — Je ne fais pas d'opération contre les rétrodéviations aux femmes sans souffrances. Je n'en fais pas non plus à toutes celles qui souffrent, parce que le mal dérive quelquefois de périmétrite et de oophoro-salpingite, que l'on

peut traiter avec douceur, tout en les guérissant, malgré la fausse position de l'utérus.

Notre premier effort doit être d'éviter l'opération, et je ne l'admets qu'après l'échec des procédés de douceur contre les lésions extra-utérines. Si ces lésions ne cèdent pas, l'opération est alors indiquée. Bien entendu je n'opère qu'après l'assurance de l'inefficacité du pessaire appliqué quelque temps.

J'ai essayé l'hystéropexie abdominale contre la rétrodéviation utérine en 1890. L'opérée m'a consulté en 1894 pour un myôme de l'utérus, qui m'a conduit au morcellement vaginal. Cette opération a été difficile, à cause des adhérences dépendantes de l'hystéropexie, mais la malade est guérie. J'ai fait une hystéropexie abdominale en 1891, une autre en 1892 et la dernière en 1894. Ces malades ont guéri de leur rétroflexion et leur cicatrice est aujourd'hui aussi solide que celle de la première avant le morcellement.

Après avoir suivi M. le professeur Martin à Berlin en 1895, j'ai décidé de faire la vaginofixation par la colpotomie antérieure, laquelle a sur l'hystéropexie abdominale les avantages de ne pas laisser de cicatrice sur le ventre, d'être d'une innocuité remarquable, qu'on ne peut attribuer dans tous les cas à celle-là, et de donner à l'utérus une position plus proche de la physiologique. J'observe toujours des indications précises, comme je l'ai dit; mais les hésitations chirurgicales, qui m'embarrassaient autrefois, dans ce sens, ont cessé devant la pratique de ce professeur-là.

Depuis octobre dernier, j'ai fait la vaginofixation, une fois pour la rétroversion isolée, deux fois pour la rétroflexion mobile seule, deux fois pour la rétroflexion mobile compliquée de prolapsus du vagin, huit fois pour la même lésion compliquée de périmétrite, et trois fois pour cette fausse position compliquée de périmétrite et de prolapsus vaginal. J'ai donc opéré par la vaginofixation quinze malades de rétroflexion et une de rétroversion, en suivant le procédé du professeur allemand.

La malade de rétroversion, âgée de 30 ans, avait un myôme interstitiel, que j'ai ôté par incision cunéiforme. Il était gros comme une amande. Après son extraction, j'ai fait la suture à étages, comme dans tous les cas pareils, c'est-à-dire la suture muqueuse, la musculaire et la péritonéale.

Dans les cas de rétroflexion compliquée de prolapsus, j'ai marqué les limites de la colporrhaphie avec le bistouri avant la

colpotomie. A la fin, j'ai incisé les lambeaux et j'ai rapproché les nouveaux bords par la suture de la vaginofixation. J'ai fait la colporrhaphie postérieure en dernier lieu.

Une des malades de rétroflexion mobile, compliquée de prolapsus du vagin, avait un myôme interstitiel plus gros qu'une amande et que j'ai dû extirper.

Chez trois des malades, dont la rétroflexion était compliquée de périmétrite, il a fallu la suture de blessures de la face postérieure de l'utérus, consécutives à la destruction des adhérences. A l'une de celles-ci, il est arrivé un accident. Il m'a été bien difficile de détruire les adhérences du fond et de la face postérieure de l'utérus au cul-de-sac de Douglas. J'ai fait la suture de quatre blessures provenant de la destruction, mais la partie inférieure de la dernière était si profonde qu'il m'a été impossible de suivre des yeux la fin de son occlusion. Avant la vaginofixation, j'ai épongé le cul-de-sac de Douglas. Il n'y restait point de sang. Le jour suivant, l'opérée a été prise de douleurs dans le ventre, et le troisième jour je n'ai pas hésité sur le diagnostic d'hématocèle. J'ai ouvert le cul-de-sac postérieur du vagin ; j'en ai laissé sortir le sang et j'y ai mis un tampon compressif. Malgré la guérison, cette observation prouve qu'il faut agir avec beaucoup de prudence dans la destruction d'adhérences qu'on ne peut voir. Je mettrai dorénavant la limite de la destruction là où les yeux ne peuvent plus suivre les doigts. Au delà, il est dangereux d'opérer. Une très petite blessure a donné plus tard une hémorrhagie grave. Tel est le fait qui m'a tracé un plan dans ma conduite pour l'avenir.

Dans trois cas de périmétrite j'ai trouvé la vessie très adhérente à l'utérus ; mais je ne l'ai pas blessée, grâce au cathéter tenu dedans pendant l'opération.

Chez les autres malades atteintes de périmétrite, la vaginofixation a eu lieu sans épisode remarquable. Celles qui avaient par là-dessus le prolapsus ont été aussi opérées par la colporrhaphie.

Parmi ces cas de rétroflexion compliquée de périmétrite, j'en ai rencontré cinq, où j'ai dû faire la ponction de kystes de l'ovaire et de la trompe et deux où j'ai fait l'ablation de myômes.

Toutes les seize opérées de rétrodéviation ont guéri, sans suppuration, sans fièvre, sans blessure de la vessie ni des uretères.

Le seul accident a été l'hémorrhagie résultant de la destruction d'adhérences chez une.

J'en ai revu quatorze. La position de l'utérus se maintient et elles n'ont pas de souffrance. Deux sont devenues grosses. L'une l'est de deux mois et l'autre de sept. Jusqu'à présent elles se portent bien.

En conclusion : je me crois autorisé à défendre la valeur de la vaginofixation dans les rétrodéviations, qui font souffrir par elles-mêmes et qui ne cèdent pas au pessaire.

PÉAN (Paris). — Lorsque l'on considère la multiplicité des moyens que la chirurgie met actuellement à notre disposition contre les rétrodéviations utérines et que l'on se rappelle le peu de ressources qui s'offraient à nos devanciers, il n'y a guère plus de cinquante ans, on a tout lieu de se féciliter de cette abondance, bien qu'elle constitue un réel embarras quand il s'agit de prendre un parti. Les progrès incessants de notre art ont fait naître un si grand nombre de méthodes différentes ; celles-ci sont patronnées par des noms si autorisés ; elles ont donné entre les mains de praticiens habiles de si brillants succès, qu'on se demande laquelle il faut choisir. Or, la décision à prendre doit s'inspirer uniquement de l'ensemble des circonstances en face desquelles on se trouve pour le moment, et c'est parce que celles-ci sont essentiellement changeantes que la conduite ne peut être toujours la même et qu'elle doit varier comme le mal que l'on est chargé de combattre. Je crois qu'il est nécessaire d'établir, tout d'abord, une division bien nette, entre deux genres de faits qui offrent, en somme, des différences bien tranchées, je veux parler des *rétrodéviations utérines mobiles* et des *rétrodéviations utérines adhérentes.*

Cette distinction, sur laquelle ont insisté plusieurs de nos devanciers, présente une importance capitale; elle contre-indique d'emblée nombre de procédés opératoires parfaitement applicables aux utérus en rétrodéviation qui sont restés mobiles.

Contre cette dernière variété, la chirurgie n'a guère à intervenir.

Les *pessaires*, bien qu'ils aient été déclarés insuffisants, incommodes et même malpropres par certains gynécologues distingués, qui en rejettent systématiquement l'emploi, ne méritent pas cet

excès de rigueur, surtout s'ils sont en métal, car il est facile de les maintenir propres et aseptiques. La question de poids n'a pas plus d'importance, puisqu'on peut les fabriquer en aluminium. Quant à leur forme, elle variera suivant le degré de rétroversion ou de rétroflexion. Le pessaire de Marion Sims, plus ou moins modifié suivant les circonstances, est un excellent instrument qui m'a rendu de très bons services.

Si le vagin est trop distendu, si le périnée est déchiré, une périnéorrhaphie permet facilement de lutter contre les inconvénients que présentent les pessaires chez ce genre de malades. Il est donc inutile de recourir à des méthodes plus compliquées quand la rétrodéviation est mobile; en employant, quand on peut, des méthodes opératoires compliquées, ce serait justifier, de gaîté de cœur, les attaques qui n'ont que trop de tendance à se produire.

Mais, à côté de ces cas favorables, il en existe un assez grand nombre d'autres pour lesquels le pessaire ne suffit plus et qui ne nécessitent pas cependant des interventions radicales. C'est ce qui a lieu pour bon nombre de rétrodéviations qui ne sont pas adhérentes. C'est alors que la discussion est permise et que le choix devient difficile entre toutes les méthodes qui ont été proposées. Si les brides cicatricielles qui maintiennent la déviation sont peu importantes, je m'en tiens volontiers au redressement de l'utérus par le cathéter de Sims ou au massage gynécologique qui a été mis en honneur par Thure-Brandt.

Je me rappelle encore l'effroi que causa l'instrument imaginé par Sims pour redresser le corps et le fond de l'utérus, en introduisant par le col jusque dans le corps une tige articulée. Cet instrument, beaucoup plus ingénieux que ceux qui ont été imaginés sur son modèle, puisque sa portion intra-utérine peut être mue dans tous les sens, avait pour but, une fois introduit, de permettre au chirurgien, en changeant la direction de cette partie de l'instrument, de reporter en avant le corps et le fond de l'utérus de façon à détacher peu à peu les adhérences. La terreur qu'avait inspirée les recherches de Huguier avec le cathéter utérin n'était pas encore dissipée, ce qui contribua sans doute à empêcher bon nombre de chirurgiens d'adopter l'instrument de Sims. Pour mon compte personnel, je compris de suite le parti que l'on pouvait en tirer dans les sortes de cas que je viens de désigner.

Je n'ai eu qu'à me louer de son emploi, et je ne crains pas de dire aujourd'hui que son action est préférable à celle que donnent les autres manœuvres, quand il s'agit de détacher des adhérences récentes et peu résistantes.

Tel était l'état de la science à cette époque. En réalité, Sims ne se proposait que de rendre le corps de l'utérus mobile. Il se contentait ensuite d'immobiliser cet organe avec les pessaires d'aluminium qu'il avait inventés et qui sont encore aujourd'hui les meilleurs ; du même coup, il voyait, comme nous, disparaître la gêne et les souffrances.

Vers la même époque, j'avais été, comme les autres chirurgiens, obligé de reconnaître qu'un certain nombre d'adhérences, bien que n'étant pas trop anciennes, résistaient à l'instrument de Sims. J'appris alors par M. Norstrom, dont je connaissais la compétence en fait de massage, que son maître Thure-Brandt était parvenu à détacher avec les doigts d'une main méthodiquement introduite par le vagin et avec ceux de l'autre main appliquée sur la paroi abdominale, les adhérences que l'ingénieux instrument de Sims ne nous permettait pas de faire céder. Cette méthode étant rationnelle, peu dangereuse, je priai notre confrère de l'appliquer dans mon service. Elle nous donna des résultats tellement satisfaisants, qu'un de nos élèves en fit le sujet de sa thèse inaugurale. Le jury, composé des accoucheurs de l'époque, la refusa comme immorale, ce qui n'empêcha pas les idées qu'elle renfermait de faire leur chemin.

En résumé, cette méthode, comme celle de Sims, démontre qu'il faut avant tout rendre la rétrodéviation mobile pour que les souffrances qu'elle cause puissent être combattues et disparaître.

Malgré ces heureux résultats, je rencontrai, comme les autres chirurgiens, des cas rebelles à ce mode de traitement.

Voyant combien il était peu dangereux d'ouvrir l'abdomen pour enlever les grandes tumeurs de cette région, les kystes de l'ovaire en particulier, il m'arriva, comme à d'autres chirurgiens, de profiter de ces opérations pour combattre la rétroflexion.

J'avais alors l'habitude, comme la plupart des autres laparotomistes, après avoir enlevé un kyste de l'ovaire, quand je voyais l'utérus trop fortement dévié, de fixer son pédicule à l'angle inférieur de la plaie pour maintenir l'utérus dans une bonne position et pour mieux surveiller les effets de la section du pédicule.

Un de ceux qui, en même temps que moi, pratiqua le premier cette opération, je veux parler de Kœberlé, imagina, dans un cas semblable, de fixer le pédicule sur un autre point de la paroi abdominale pour remédier au déplacement de cet organe. Cet opérateur était, comme nous, loin de penser, à ce moment, que d'autres chirurgiens songeraient à tirer parti de cette fixation pour proposer de raccourcir les ligaments ronds, comme Alexander et Adams, ou pour suturer l'utérus lui-même à la paroi abdominale.

L'*opération d'Alexander* me donna, comme à tant d'autres, d'excellents résulats; mais ils n'étaient pas toujours durables et suffisants.

L'*hystéropexie abdominale* eut à son tour une vogue bien justifiée, parce qu'elle était parfaitement rationnelle; elle me rendit dans un certain nombre de cas de réels services.

Il est bien entendu que je n'ai jamais pratiqué ces opérations qu'après avoir employé tous les moyens médicaux les plus propres à combattre l'inflammation qui favorisait la production des adhérences.

Quelle que soit l'efficacité de ces sortes d'opérations, la plupart d'entre elles présentent, suivant moi, comme l'hystéropexie elle-même, le grand défaut de fixer l'utérus dans une position anormale, qui n'est point sans inconvénients dans la grossesse et dans l'accouchement, ainsi que le prouvent un certain nombre de faits malheureux qui ont été récemment publiés. D'ailleurs, il faut l'avouer, toutes ces opérations n'ont été appliquées avec succès que dans les cas où l'on avait cherché à fixer par le ventre ou par la vaginofixation des utérus jouissant d'une assez grande mobilité. Or, il me sembla qu'on pouvait apporter aux méthodes qui sont applicables par la voie vaginale quelques modifications propres à faire disparaître la plupart des inconvénients que l'on pouvait reprocher à celles que l'on pratique par la voie abdominale.

J'estimais qu'il fallait, avant tout, explorer l'état de l'utérus et des annexes pour savoir s'il était possible ou non de les conserver. Pour cela, je donnais la préférence à l'incision exploratrice faite par la voie vaginale.

Le doigt, introduit par l'incision vagino-péritonéale postérieure dans le Douglas, me permettait de savoir s'il était possible de

détacher les adhérences et, quand les ovaires et les trompes étaient le siège de petites tumeurs, de les enlever sans trop lacérer les organes.

Lorsque ce mode d'intervention me démontrait que les adhérences ne tarderaient pas à se reproduire, je pratiquais ensuite l'amputation du col, dans sa portion sus-vaginale, aussi haut que cela était possible, c'est-à-dire tout près de l'union du corps et du col. Cette amputation me permettait de débarrasser l'organe d'une partie qui est souvent très altérée. Cette opération a, comme on le sait, l'avantage de réveiller la vitalité de l'utérus et d'assurer à elle seule la guérison de métrites rebelles ; mais, dans le cas qui nous occupe, elle avait surtout pour but de débarrasser la matrice de sa portion la plus recourbée et de rendre plus facile la fixation de son corps dans une situation convenable. Elle me donnait les moyens d'atteindre l'éperon qui se produit au point de flexion de l'organe, de faciliter l'ouverture des culs-de-sac péritonéo-vaginaux et de détacher plus aisément les adhérences rétro-utérines. Cette excision supra-vaginale ne constituait pour moi, dans presque tous les cas, qu'un temps préliminaire qui précédait de quelques semaines les autres temps de l'opération. Je n'ai point à en décrire le manuel; il est extrêmement simple et ne comporte aucun danger sérieux. Je me bornerai à dire que je prenais soin de conserver la muqueuse et que je la fixais en dehors par des points de suture appropriés afin d'éviter toute chance de rétrécissement ultérieur. S'il y avait relâchement du vagin et du périnée, accompagné ou non de prolapsus, de cystocèle ou de rectocèle, je pratiquais une élytropérinéorrhaphie. Je laissais guérir ces surfaces réunies et, dès que la cicatrisation était solidement effectuée, si les malades continuaient à souffrir, j'accomplissais les autres temps opératoires de la façon suivante.

La première chose à faire était de débarrasser l'utérus des adhérences qui le maintenaient en rétrodéviation. Pour cela, j'incisais le cul-de-sac de Douglas, soit longitudinalement, suivant le procédé de Boisleux, soit transversalement, de façon que l'incision soit suffisamment large pour permettre à l'index d'explorer toute la face postérieure de l'utérus, de détacher les adhérences et de me rendre compte de l'état des annexes. Lorsque j'étais parvenu à rendre à l'organe sa mobilité, je procédais à l'ouver-

ture du cul-de-sac antérieur; je décortiquais sur la ligne médiane, sur une hauteur de 4 centimètres, la face postérieure de la vessie, ainsi que la face antérieure de l'utérus, de leur revêtement péritonéal, puis je faisais passer transversalement ou verticalement 3 à 5 crins de Florence entre le revêtement celluleux de la vessie et celui de la paroi antérieure de l'utérus, de façon à les suturer l'une à l'autre. Je coupais ensuite les nœuds au ras et je formais la plaie vaginale avec un étage superficiel de crins de Florence. En général, 3 à 5 crins de Florence me suffisaient pour chaque suture superficielle et profonde. J'avais soin d'ailleurs de ne nouer les fils qu'après m'être assuré que le corps et le fond de l'utérus étaient maintenus dans une bonne disposition.

Les avantages de cette opération étaient, suivant moi, de permettre de débarrasser l'endomètre de l'éperon central qui gêne la fécondation, de détruire les adhérences qui maintenaient l'utérus en arrière et d'empêcher celles-ci de se reproduire en maintenant l'utérus en avant par des points de suture qui le soudaient en quelque sorte, à la vessie. L'organe se trouvant réintégré dans sa situation normale la dystocie n'est plus à craindre, en cas de grossesse, ainsi que cela se produit parfois dans l'hystéropexie abdominale et vaginale.

J'appliquai pour la première fois cette méthode opératoire, il y a trois ans. Je l'ai employée depuis cette époque à plusieurs reprises. Les résultats ont été excellents et c'est pour ce motif que j'ai jugé utile d'appeler sur elle l'attention de mes confrères d'autant plus volontiers qu'elle ne fait courir aux malades aucun danger sérieux.

Lorsque la rétroflexion est ancienne et accompagnée de *désordres ou [illegible] graves survenus dans l'utérus ou les annexes*, il n'est pas toujours possible de parvenir à décoller les adhérences, de faire basculer la matrice et de la fixer en avant.

Pour mieux faire comprendre les difficultés que le chirurgien peut rencontrer en pareil cas, je vais vous faire connaître l'état dans lequel se trouvaient l'utérus et ses annexes chez les 51 dernières [illegible] l'hystérectomie vaginale pour [illegible] qu'il eût été [illegible] moyens.

[illegible] de le trouver iné- [illegible] la face postérieure, au

point de faire croire à un fibrome : dans un cas, il avait le volume d'une tête de fœtus normal. Souvent aussi, son tissu au niveau du corps et du fond, était friable, parfois même ramolli, au point de se laisser crever par le doigt à la simple pression. Chez plusieurs malades, il était infiltré de pus. Toutes ces modifications ne purent être constatées qu'au cours du morcellement. Une fois le corps était devenu cancéreux sans qu'aucune modification apparente ait autorisé à le supposer.

En ce qui concerne les ovaires et les trompes, ils étaient enflammés et presque toujours fixés soit en arrière, soit en avant. Il est difficile, en effet, que la rétroflexion s'opère sans que ces luxations surviennent et constituent par elles-mêmes une cause grave de souffrance. Dans un très grand nombre de cas, les trompes et les ovaires étaient sclérosés, friables, kystiques, hématiques, purulents, deux fois ils étaient sphacélés. Quelques-uns de ces kystes atteignaient le volume d'une anse d'intestin, d'un œuf de poule, de dinde. Nous en avons vu qui contenaient deux litres de liquide hématique ou purulent. D'autres s'étaient vidés dans le péritoine et avaient donné lieu à des hématocèles rétro-utérines, à des pelvi-péritonites enkystées, d'autres s'étaient vidés dans la vessie, le rectum. Dans ces derniers cas, ils entretenaient une diarrhée purulente, du ténesme et un état hémorrhoïdaire très pénible; chez un petit nombre de malades, nous avons trouvé, au cours de l'opération, des varicocèles doubles au voisinage des bords latéraux des ligaments larges.

En ce qui concerne les *adhérences qui reliaient ces organes*, elles étaient souvent générales et tellement dures que, dans plusieurs observations, il est dit qu'elles formaient de véritables cordes, difficiles à couper même avec les ciseaux, qu'elles entouraient le rectum au point de faire croire à un rétrécissement squirrheux de cet organe, qu'elles se confondaient avec la vessie si profondément, qu'il était difficile de ne pas exciser en même temps une certaine épaisseur de la tunique musculaire de cet organe. Quelques-unes de ces adhérences étaient stratifiées, anciennes, assez épaisses pour faire croire, quand on les coupait, que c'était encore du tissu utérin.

On comprend que la conduite à suivre chez ces malades ne pouvait pas être la même que dans les cas de rétrodéviations peu adhérentes; en pareil cas en effet, les causes qui avaient produit

tous ces désordres avaient tellement ébranlé leur santé qu'il n'y avait plus un instant à perdre pour les sauver. La *castration utérine faite par la voie vaginale* se trouvait donc naturellement indiquée. On sait que, grâce au morcellement, cette opération est relativement facile, quels que soient le nombre et l'importance des complications. Notre statistique démontre que les suites immédiates et éloignées sont tout aussi favorables que celles que donne la castration utérine dans les suppurations pelviennes.

Conclusions. — De la communication que nous venons de faire, nous croyons devoir tirer les conclusions suivantes :

Le traitement chirurgical des rétrodéviations utérines diffère suivant que celles-ci sont *mobiles peu adhérentes, extrêmement adhérentes.*

Lorsque les rétrodexions sont mobiles, il est rare que le chirurgien ait besoin d'intervenir autrement que par les pessaires.

Quelques praticiens ont eu le tort de prétendre que ces pessaires sont malpropres et incommodes ; cette objection tombe lorsqu'on a soin de se servir d'instruments métalliques, tels que ceux en aluminium qu'il est facile de rendre aseptiques.

Pour favoriser l'application de ces instruments, il ne faut pas craindre de recourir à la périnéorrhaphie ou à l'élytrorrhaphie, en cas de déchirure concomitante du périnée, de cystocèle, de rectocèle, ou de prolapsus utérin, ces opérations étant utiles pour favoriser l'action de l'instrument et toujours inoffensives.

Lorsque les rétrodéviations sont maintenues par des adhérences récentes, molles, faciles à détacher qui rendent l'existence intolérable, le chirurgien doit s'efforcer de rendre l'utérus mobile en les faisant céder le plus vite possible par les moyens médicaux ; s'il n'y parvient pas, il doit recourir au redresseur articulé de Sims ou au massage vaginal, suivant la méthode de Thure-Brandt, qui donnent d'excellents résultats.

Si le détachement des adhérences ne peut être obtenu par ces moyens, et si les souffrances persistent, il ne faut pas craindre d'introduire le doigt dans le cul-de-sac de Douglas par la voie vaginale pour explorer l'état de l'utérus et des annexes, pour enlever les petites tumeurs des trompes et des ovaires et pour rompre les adhérences de façon à rendre à ces organes leur mobilité.

Si, malgré ces soins, les douleurs persistent, il faut tâcher de prévenir la récidive : pour cela il faut alors donner la préférence aux méthodes qui fixent le mieux la paroi antérieure du corps de l'utérus en avant.

Celle que nous avons imaginée dans ce but consiste à fixer la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la vessie, après avoir dénudé les organes de leur feuillet péritonéal, sur la ligne médiane.

Pour favoriser ce résultat, nous faisons au préalable la résection supravaginale du col en conservant sa muqueuse, puis, quelques semaines après, nous faisons la seconde opération, qui peut se résumer ainsi : section bilatérale de la muqueuse vaginale, ouverture du cul-de-sac vagino-péritonéal postérieur, détachement des adhérences avec les doigts, ouverture du cul-de-sac vagino-péritonéal antérieur, bascule du fond de l'utérus à l'aide des doigts et des pinces, avivement du péritoine qui recouvre la face antérieure du corps de l'utérus, et de celui de la face postérieure de la vessie, au niveau de la ligne médiane, sur une hauteur de 4 centimètres; suture des surfaces avivées avec des crins de Florence superficiels et profonds.

Si l'utérus est maintenu en rétroflexion par des adhérences nombreuses et trop résistantes, on trouve dans son tissu, dans celui des trompes, des ovaires, du péritoine et même des organes voisins, des modifications profondes qui rendent la chirurgie conservatrice impuissante; en pareil cas, la castration vaginale totale est indiquée et permet, comme le prouvent nos statistiques, de remédier à ces désordres et même de sauver des malades dont l'existence était compromise.

Mangin (Marseille). — Nous sommes intervenu chirurgicalement dans 83 cas de rétrodéviations utérines. Nous distinguerons naturellement les déviations mobiles sans annexites et les déviations compliquées d'adhérences ou d'inflammation des annexes.— Les premières sont très souvent guéries par le port d'un pessaire. L'intervention ne s'impose que si celui-ci est mal supporté. L'opération d'Alexander, seule, nous a donné 3 insuccès sur 3 cas. Combinée aux opérations plastiques, 6 succès complets et durables sur 6 cas. L'opération de Nicoletis, seule, 2 insuccès sur 2 cas, combinée aux opérations plastiques, 3 succès et une amélioration sur 4 cas.

Les succès semblant surtout dus aux opérations plastiques, nous nous en sommes tenu à celles-ci pendant un certain temps. Colporrhaphie antérieure surtout très large et très soignée, sur 24 cas. 18 guérisons complètes, demi-succès 5 cas, 3 fois échecs complets ; dans ces derniers cas le périnée était refait, le port d'un pessaire a suffi pour faire disparaître les phénomènes douloureux. Dans deux cas d'utérus très volumineux nous fîmes l'hystéropexie abdominale, 2 succès. Actuellement nous employons la colpohystéropexie, procédé de Mackenrodt, première manière, combinée aux opérations plastiques, 9 cas, 9 guérisons. Nous ne fixons que le col et la partie antérieure de l'utérus, jamais le fond, ce qui nous paraît dangereux s'il survient une grossesse. Dans les déviations compliquées, chercher à les ramener au type précédent par un traitement médical patiemment conduit : massage, tamponnements glycérinés, etc. En cas de métrite concomitante, la guérison de celle-ci amène parfois celle de la déviation. S'il n'y a pas à craindre de poussée aiguë, on peut faire les opérations plastiques indiquées plus haut, 19 cas, 10 guérisons complètes, 7 améliorations sérieuses dans des cas où les annexes trop malades n'avaient pas permis de faire plus qu'un curettage. 2 échecs complets chez des malades guéries ensuite par laparotomie avec hystéropexie. Cette dernière opération, avec enlèvement des annexes, nous a donné 8 guérisons, sur 9 cas, 1 mort. L'hystérectomie vaginale, 2 guérisons sur 2 cas. Comme procédé accessoire, nous avons enlevé par le cul-de-sac postérieur les annexes prolabées, redressé l'utérus et créé des adhérences dans le Douglas, 3 cas, 3 succès.

En résumé, pessaire dans les rétrodéviations mobiles ; s'il n'est pas supporté, colpohystéropexie vaginale avec plastique du vagin. Réserver l'Alexander ou l'hystéropexie abdominale pour les malades à tissus peu résistants. Dans les déviations compliquées, chercher à les ramener au type précédent par les traitements médicaux, puis application des opérations plastiques.

Si l'état des annexes ne permet pas ces interventions, recourir à la laparotomie pour les lésions simples, à l'hystérectomie vaginale pour les lésions doubles.

H. Stapfer (Paris). — J'ai l'honneur d'apporter au Congrès le résultat sommaire et partant très incomplet, mais instructif, de cinq années d'études et de 35 cas de rétrodéviations traitées

par une méthode dont je ne suis pas l'inventeur et dont la vulgarisation a été tentée bien avant moi, en Allemagne d'abord, puis ailleurs, particulièrement en Suisse, ici même à Genève.

Il s'agit de la méthode de Brandt le Suédois, au sujet de laquelle j'ai été en 1891 chargé d'un mémoire par le ministre de l'Instruction publique en France, et que depuis lors j'essaie par des recherches cliniques et physiologiques de tirer de l'empirisme où l'inventeur lui-même l'a laissée.

Je suis aujourd'hui convaincu que la kinésithérapie gynécologique, nom que j'ai donné à ce traitement composé de massage et d'une gymnastique spéciale, représente pour la cure des rétrodéviations, une méthode de choix, supérieure par son innocuité et ses résultats à toute autre, notamment aux interventions chirurgicales qui me semblent devoir constituer des méthodes de nécessité, très exceptionnellement indiquées.

Je ne puis entrer ici dans le détail du traitement kinésique des rétrodéviations, ni dans celui de mes expériences, car j'ai la prétention d'être bref et d'emprunter avant tout mon éloquence aux faits. Permettez-moi donc, au lieu de me borner à des énoncés, à des énumérations, à une statistique dans laquelle je risquerais de comparer des faits qui ne sont pas comparables, de choisir dans la série de mes traitements deux cas et de vous en résumer l'histoire.

Je dis choisir : cela ne signifie pas que je citerai les plus simples et les plus complets. Au contraire, je choisirai parmi ceux qui sont compliqués ou réputés graves, dans lesquels la *restitutio ad integrum* est impossible et qui montrent par conséquent à quoi la kinésithérapie peut prétendre dans les cas bénins.

Ma première observation, dans laquelle la déviation n'est qu'un épiphénomène emprunte, précisément une part de son intérêt à une grave complication ; et, touchant à une question qui a été effleurée ici même l'autre jour, montre comment, outre ses bienfaits curatifs et palliatifs, le massage aide à faire le diagnostic de la suppuration pelvienne, souvent si difficile et parfois tranché sur d'insuffisants symptômes.

Il s'agissait d'une jeune femme de 25 ans, qui cinq ou six ans

---

(1) JENTZER et BOURCART. *Gymnastique gynécologique.* Genève et Paris. Carré, éditeur.

auparavant avait présenté des accidents puerpéraux et dont en outre le mari avait eu des écoulements suspects. Elle souffrait du ventre depuis son mariage et plus encore depuis les accidents puerpéraux.

Lorsque je la vis, elle était alitée, et sa température oscillait entre 38 et 40°.

Ventre très sensible; mais sensibilité localisée. Exploration complète impossible. Je dois dire que j'ai pour règle d'épargner soigneusement la douleur dans les explorations et en gynécologie je ne crois ni à la nécessité ni à la qualité des diagnostics hâtifs, sauf rare exception. Je me contentai donc d'une exploration bimanuelle sommaire.

L'utérus était couché en travers du pelvis, le col derrière la symphyse. Le corps, immobile, n'était pas délimitable. Deux tumeurs dures, la gauche du volume d'un poing d'homme, la droite grosse comme un œuf, se confondaient avec l'utérus. Le cul-de-sac postérieur était un peu tendu.

En résumé, utérus dévié et fixé ; déviation et fixation conséquence d'une altération et d'une inflammation des trompes et des ovaires, surtout à gauche, des tissus qui les entouraient et de l'utérus lui-même, altération chronique déjà ancienne subissant une poussée aiguë. Trois méthodes de traitement s'offraient à mon esprit.

1° Ou bien l'expectation dans le repos absolu avec résolutifs et purgatifs jusqu'à ce que cette crise disparût ; on aboutit à la formation du pus s'il n'existait déjà.

2° Ou bien l'intervention d'un chirurgien dont l'opinion probable, étant donnés les antécédents, serait l'extirpation des organes dans un temps plus ou moins rapproché.

3° Ou bien le traitement kinésique.

J'opinai pour ce dernier parti, bien que je n'eusse jamais entrepris ledit traitement dans l'état aigu et fébrile où cette femme se trouvait et bien que je doutasse de la guérison par ce moyen. Je le conseillai sans arrière-pensée, d'abord parce que, très sûr de ma main, je puis garantir l'innocuité du procédé que j'emploie, ensuite parce que le massage, qui en pareil cas représentait la partie essentielle du traitement, n'est pas seulement un procédé de traitement mais de diagnostic qui permet de débrouiller les situations compliquées et obscures du genre de celle-là, d'éviter

les interventions inutiles, et qui, si ces interventions finissent par s'imposer, les réduit à un minimum ou les facilite grandement en relevant l'état général et en modifiant l'état local.

La malade suivit mon conseil.

La fièvre commença par tomber, mais je ne considérai pas cette chute comme définitive et me gardai de l'attribuer au traitement. Je m'attendais à la voir reparaître. J'ai reconnu en effet que les poussées fébriles et sub-fébriles d'origine génitale, sont soumises à des oscillations périodiques. Donc, après s'être de nouveau élevée, elle céda cette fois définitivement.

Trois semaines à peine avaient été nécessaires pour atteindre ce résultat. En même temps l'appétit se réveillait et s'accusait de jour en jour.

Cependant aucune modification locale ne s'était révélée. L'utérus était toujours dévié, toujours immobile et les deux tumeurs nullement diminuées, nullement assouplies. Cela ne m'étonnait point, car depuis 1895 j'ai expliqué par une série d'expériences physiologiques la cause de ces améliorations de l'état général précédant celles de l'état local ; mais, cependant, je concevais d'autant moins d'espérance sur une guérison par la kinésithérapie qu'une tumeur avait commencé à poindre dans le cul-de-sac postérieur, de plus en plus volumineuse, emplissant toute la partie du bassin restée libre, tendue, un peu dépressible, quelquefois en apparence fluctuante.

Sur cette constatation, j'appelai un chirurgien. Mon avis était qu'on ouvrît et drainât cette poche. Le chirurgien y consentit, mais en déclarant que l'hystérectomie vaginale était bien préférable à cause des antécédents et s'imposerait selon toutes probabilités. Le jour fut fixé pour l'opération. Jusque-là je continuai le traitement.

L'avant-veille de l'opération, je constatai une légère modification dans la tumeur du cul-de-sac postérieur, moins grosse, moins tendue.

Le lendemain elle se laissait refouler, on la saisissait en paquet entre l'index par le rectum, et le pouce par le vagin. Son contenu était gazeux. C'était l'intestin paralysé et distendu. Le traitement lui avait rendu sa contractilité et l'avait libéré. Ainsi nous avions failli faire une brèche dans le tube digestif.

Le chirurgien opinait pour l'hystérectomie quand même, à

cause de l'immobilisation utéro-annexielle et de la grosse tumeur gauche. Il croyait à la présence de foyers purulents, disséminés et même collectés dans la trompe ; mais sachant à quel point de tels diagnostics sont schématiques, ayant vu plus d'une fois des tumeurs pareilles disparaître par le traitement et tranquillisé sur ce qui m'avait inquiété, j'opinai fortement pour la simple continuation de la kinésithérapie. La malade le demanda. Huit jours plus tard elle se promenait, et dans l'espace de trois semaines, l'utérus se redressait et retrouvait spontanément la situation normale ; la tumeur gauche diminuait des deux tiers, la droite disparaissait et l'ovaire et la trompe de ce côté émergeaient. Il avait fallu sept semaines pour obtenir ce résultat ; mais alors commença la bataille entre le résidu de cette péri-oophoro-salpingite, sorte de noyau dur, contigu à l'utérus altéré dans son parenchyme, et contenant, sans doute, l'ovaire et la trompe non délimitables. Il me fallut autant de mois qu'il m'avait fallu de semaines, pour rendre au ligament large gauche une consistance qui tendait à se rapprocher de la normale, lorsque cette malade quitta la France.

Tel est le premier cas qui me semble singulièrement instructif non seulement au point de vue des résultats, mais de la valeur diagnostique de la kinésithérapie.

Le second cas concerne une femme de 30 ans environ, dont le cul-de-sac postérieur avait été ouvert pour évacuer les résidus d'une grossesse extra-utérine rompue.

A la suite de cette opération l'utérus rétroversé avait adhéré au rectum et cette malade était dans l'impossibilité de faire quoi que ce soit, même dix pas sans souffrir.

Elle m'arriva avec une lettre du professeur qui l'avait opérée. D'après cette lettre une seule chose pouvait débarrasser cette femme de ses infirmités : l'hystérectomie vaginale. Cet avis fut partagé par tous les chirurgiens consultés.

J'entrepris le traitement que je prolongeai pendant neuf mois environ et qui se termina par la libération de l'utérus, mais non par son maintien en antéversion. Peu à peu cette impotente reprit la vie de tout le monde ; l'année suivante elle voyageait dans les Pyrénées. La guérison ne s'est pas démentie depuis quatre ans.

Je n'insiste pas davantage sur cette observation que les *Annales*

de gynécologie ont publiée. J'appelle seulement à son sujet l'attention sur deux choses :

1° Le maintien en antéversion n'a pas été obtenu.

2° Dès la cinquième semaine du traitement, avant toute modification locale *perceptible*, cette malade qui, au début, était une infirme, supportait la marche et vaquait à ses occupations.

Les deux observations dont je viens d'entretenir le Congrès suffiront, je crois, à justifier ce que je disais au début de cette communication.

La Kinésithérapie s'y montre une méthode de choix à laquelle il convient d'avoir recours avant toute intervention chirurgicale, à moins de complication tout à fait exceptionnelle, commandant une opération immédiate. Je la crois même supérieure à tout autre mode de traitement, y compris les pessaires dont les inconvénients ne compensent pas selon moi, les avantages.

Voici maintenant mon appréciation sur les résultats qu'on peut attendre de la Kinésithérapie, appréciation fondé sur les 35 cas que j'ai traités. Tous étaient des cas de rétrodéviation utéro-annexielle mobile ou fixée, avec ou sans altération concomitante des annexes ; mais toutes accompagnées d'un cortège morbide. Je n'admets pas en effet le traitement des rétrodéviations muettes. Peu importe qu'une femme ait l'utérus de travers, si elle n'en souffre ni dans la santé générale, ni localement. Cela ne l'empêche pas d'avoir des enfants et même beaucoup d'enfants. J'en ai accouché bon nombre.

Donc. dans les 35 cas traités par moi, un premier résultat n'a jamais fait défaut, c'est la suppression du cortège morbide dont je parlais tout à l'heure, troubles locaux et généraux. L'influence est surtout remarquable en ce qui concerne ceux de la locomotion et les hémorrhagies. En somme, on impose le silence à la rétroversion et ce résultat est tantôt définitif, tantôt palliatif.

On peut compter sur la cure définitive toutes les fois que l'utérus et les annexes sont libérés et ne sont pas altérés. La libération absolue de l'utérus n'est pas indispensable. Souvent une libération relative suffit.

Dans les cas où les résultats sont palliatifs, on les entretient facilement par des reprises à intervalles plus ou moins éloignés et j'ai constaté que ces intervalles tendaient toujours à s'accroître, ce qui prouve que chaque reprise est suivie d'un progrès nouveau.

Quant au maintien de l'utérus en position normale, c'est un résultat auquel on peut arriver dans un nombre de cas assez limité, mais sur lequel il serait téméraire de compter et qui n'est pas indispensable.

Il me resterait à expliquer ces résultats si intéressants, à commenter mes expériences physiologiques et mes observations cliniques, mais alors il faudrait aussi donner une description des procédés à employer et en somme du traitement lui-même. Cela nous mènerait beaucoup trop loin.

J'ai simplement voulu attirer l'attention du congrès sur une méthode qui n'est pas suffisamment étudiée par la plupart des médecins, et dont l'avenir scientifique ne fait aucun doute à mes yeux.

Bouilly (Paris). — Le seul point que je veuille faire ressortir, à propos du traitement des déviations utérines, c'est l'utilité d'un pessaire bien fait dans les cas simples. Je recommande tout particulièrement, comme étant le seul qui m'ait donné d'excellents résultats, le pessaire de Hodge, modifié très heureusement par un chirurgien dont le nom n'est pas connu. Ce pessaire présente un dossier très élevé, des branches écartées ; il est haut et long. On se sert d'ordinaire des nos 5 ou 6, parfois du 7.

Dans certains cas, il sera nécessaire d'adjoindre au port du pessaire une colpopérinéorrhaphie.

Schwartz (Paris). — J'ai eu à soigner dans ces cinq dernières années environ 150 rétrodéviations utérines. Parmi celles-ci la fixation de l'utérus nous a paru indiquée 46 fois. Ce sont ces 46 interventions dont je désire vous présenter les résultats immédiats et lointains, laissant de côté les cas où nous avons maintenu l'utérus redressé par le raccourcissement des ligaments ronds, ceux plus nombreux encore où la réduction avec ou sans chloroforme et le port d'un pessaire ont amené la guérison.

Point n'est besoin d'insister sur la définition des rétrodéviations que nous avons eues à opérer; elles comprenaient 26 rétroversions à peu près pures, 7 rétroversions avec flexion, enfin 10 rétroflexions.

L'indication opératoire nous a été fournie, tantôt par l'échec des méthodes plus simples, telles que l'opération d'Alexander, la

réduction, etc., tantôt d'emblée par la coexistence d'annexites uni ou bilatérales, ou par la présence d'adhérences irréductibles, suites de pelvipéritonites, que n'avaient pu vaincre ni les tentatives de redressement, ni le massage, etc.

Notre manuel opératoire est le suivant: après avoir préparé la malade comme pour toute laparotomie et introduit dans la cavité utérine préalablement curettée une bougie d'Hegar n° 6 ou 7 que nous maintenons à l'aide d'un tampon d'ouate, nous pratiquons, si l'opération nous paraît devoir être simple, une incision de 4 à 5 centimètres au plus ; dès que le péritoine est ouvert, deux doigts introduits cherchent le fond de la matrice, explorent en même temps les annexes, tandis qu'un aide redresse doucement l'utérus à l'aide de la bougie intra-utérine. S'il y a des adhérences, elles sont rapidement décollées ou déchirées.

L'utérus redressé est traversé, au niveau de son fond, d'un fil de soie n° 2 ou 3, qui passe au-dessous de l'insertion des deux trompes ; l'anse, ainsi formée, nous sert à attirer l'utérus en haut et à passer sans difficulté deux ou trois autres fils de soie au-dessous, en évitant le cul-de-sac vésical et en restant même le plus éloigné que l'on pourra. Si les annexes sont malades, elles sont ignipuncturées, ou réséquées, ou enlevées avant le serrage des fils que l'on passera de chaque côté, dans toute l'épaisseur de la paroi, excepté la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; des fils séparés ferment le péritoine, puis les téguments et les plans musculo-aponévrotiques.

Nous avons fait 24 fois une hystéropexie simple; 22 fois elle a été combinée avec une intervention sur les annexes (ignipuncture 4 fois, castration unilatérale 14 fois, bilatérale 2 fois, résection de l'ovaire 2 fois).

Une fois, nous avons enlevé un fibrome sous-péritonéal qui avait paru produire une vraie luxation traumatique de la matrice ; une autre fois, nous sommes tombé sur une rupture tubaire de grossesse extra-utérine qui a été extirpée.

Nous avons revu 34 opérées de trois mois à cinq ans et demi après l'opération.

Je n'ai eu que 2 récidives, et encore l'une d'elles après un accouchement ; d'ailleurs, dans ce cas il n'y a plus de douleurs. 2 opérées souffrent encore après deux ans, malgré le redressement et la fixation.

30 sont et restent guéries depuis : cinq ans et demi, 1 ; quatre ans, 1 ; trois ans, 4 ; dix-huit mois à deux ans, 13 ; un an, 5 ; trois à six mois, 6.

Nous n'avons observé que 2 éventrations consécutives, dont une après suppuration d'un fil.

3 de nos opérées ont accouché à terme.

2 autres ont été enceintes : chez l'une, la grossesse n'a pu être menée à terme ; chez l'autre, la grossesse a continué, mais je n'ai pu revoir l'opérée depuis.

En somme, nous ne pouvons qu'être satisfait des résultats de nos interventions.

BYFORD (Chicago). — Ma méthode consiste dans une incision de la paroi antérieure du vagin en forme de T : on sépare les adhérences péritonéales. Le corps de l'utérus est suturé avec le péritoine vésical. Puis, par la voie vaginale, on exécute le raccourcissement des ligaments ronds au moyen d'un fil de soie. On ferme l'incision par des sutures transversales qui transforment l'incision en T en incision longitudinale. Cette cysto-hystérorrhaphie, qui se rapproche du procédé de Dührssen, m'a toujours donné d'excellents résultats.

PICHEVIN (Paris). — Le rapport de M. Pozzi met bien en lumière la pathogénie et le traitement des rétrodéviations utérines. L'accord est parfait sur presque tous les points ; cependant je me permettrai de ne pas être tout à fait de l'avis de notre rapporteur et d'accorder une importance plus grande qu'il ne le fait à la déviation elle-même. Ce facteur ne doit jamais être négligé. En réalité, le traitement des rétrodéviations est complexe et variable. Aucune des méthodes préconisées n'a donné de résultats constamment parfaits. L'opération d'Alexander, combinée aux interventions portant sur l'utérus, le vagin et le périnée, est très bonne dans un grand nombre de cas. J'ai été séduit par la colpohystéropexie combinée aux opérations sur le col, le vagin et le périnée. L'opération de Dührssen est plus bénigne et plus facile. Celle de Mackenrodt, avec large décollement vaginal et ouverture du cul-de-sac péritonéal, menace la vessie, mais ouvre une voie plus large à l'exploration. Les résultats thérapeutiques que nous avons obtenus, M. Le Dentu et moi, sont bons, mais les accidents qui ont été signalés en Allemagne à la suite de l'hystéropexie

nous ont arrêtés depuis un an. Une de nos malades, qui avait subi la colpo-hystéropexie avec ablation unilatérale des annexes, est devenue enceinte. L'accouchement a été difficile et l'enfant est mort pendant le travail. Aussi, jusqu'à plus ample informé, je me propose de ne plus pratiquer la vaginofixation que chez des malades qui ne sont guère susceptibles d'avoir une grossesse. Tout dernièrement j'ai fait, dans ces conditions, une opération de Dührssen combinée à des interventions sur le col, le vagin et le périnée : c'est cette opération que j'adopterai désormais. Si l'utérus ne vient pas, il vaut mieux abandonner la voie vaginale que d'ouvrir une brèche plus large par l'incision de Mackenrodt.

Dans 2 cas de rétrodéviation j'ai pu examiner l'utérus qui avait été enlevé par hystérectomie. Les couches moyennes de la muqueuse sont infiltrées de cellules inflammatoires ; mais les lésions principales siègent dans le tissu musculaire, qui est en partie remplacé par des fibres lamineuses très denses. Ce tissu est parcouru par des vaisseaux anormalement développés et à parois très épaissies. Dans un cas les lésions glandulaires sont beaucoup plus accusées que dans l'autre. La paroi postérieure est trois ou quatre fois plus épaisse que l'antérieure.

J'ai tenté d'élucider par la méthode expérimentale la pathogénie des déviations utérines ; malheureusement mes expériences ne sont encore ni assez nombreuses, ni assez anciennes pour me permettre de me prononcer définitivement. Néanmoins, à la suite de diverses expériences pratiquées chez des lapins, dans le but d'étudier les modifications que subit le parenchyme utérin fixé dans une position vicieuse, il me semble plausible d'admettre que, consécutivement à ces manœuvres, cet organe peut présenter des phénomènes de sclérose comparables à ceux que j'ai observés chez la femme, et cela en l'absence même de toute cause d'inflammation. D'où je tire cette conclusion, peut-être prématurée, que chez les femmes jeunes, la déviation par elle-même peut entraîner des lésions utérines, et qu'il est nécessaire de mettre l'organe en bonne position, ne fût-ce qu'avec un pessaire, sans parler de l'obligation de traiter la métrite, le relâchement du plancher pelvien, et, au besoin, l'inflammation péri-utérine.

Otto Engström (Helsingfors). — Les rétrodéviations de la matrice sont par elles-mêmes très rarement suivies de conséquences graves.

Dans les cas où je suis forcé d'intervenir chirurgicalement pour une rétrodéviation utérine, c'est à la ventrofixation que j'ai recours. Pendant les dix-neuf derniers mois, 3,500 affections gynécologiques ont été traitées par moi ou mon assistant. Durant cette période nous avons fait 266 laparotomies. Parmi ces opérations il y a 52 ventrofixations, dont 18 pour des rétrodéviations mobiles et 34 pour des rétrodéviations fixes, avec ou sans opérations annexielles. Toutes ces opérations ont réussi, sans que nous ayons encore observé de récidive. Une seule suture passe par la paroi abdominale, y compris le péritoine, et par le fond de l'utérus. Cette suture est enlevée au bout de deux semaines. La fixation devient péritonéale et élastique, rendant à l'utérus une mobilité presque normale.

Jacobs (Bruxelles). — Je m'élève contre l'abus des opérations pratiquées dans les cas de déviations utérines, opérations abdominales ou vaginales.

L'hystéropexie abdominale est une intervention bénigne en tant qu'acte opératoire. Les suites tardives peuvent être très dangereuses, comme le prouvent les pièces anatomiques que je vous présente et qui démontrent l'existence d'un pédicule plus ou moins large et long, formé entre la paroi abdominale et l'utérus. Je puis citer un autre cas de mort par iléus, dans lequel l'autopsie a permis de constater que l'iléus était dû à un pédicule abdomino-utérin.

L'hystéropexie vaginale est dangereuse au point de vue de la grossesse consécutive, parce qu'on a le tort de fixer le corps utérin à la muqueuse vaginale, ce qui rend toute mobilité impossible.

Je pratique l'opération en rattachant la partie supérieure de la paroi utérine antérieure au péritoine du cul-de-sac vaginal antérieur. Sur 21 cas ainsi traités, j'ai vu survenir 4 grossesses à terme et pas un seul avortement.

Je ne saurais trop insister sur l'importance des accidents tardifs dans des opérations dont la bénignité est prouvée par toutes les statistiques.

Kummer (Genève). — J'ai pratiqué 22 fois l'opération d'Alexander. Dans 5 cas il existait une rétrodéviation combinée avec un degré plus ou moins accentué de prolapsus utérin : 4 de mes malades

ont parfaitement guéri ; chez la cinquième il y a eu récidive, mais dans ce cas je n'avais fait que l'opération d'Alexander, tandis que chez les 4 autres j'avais pratiqué en même temps des opérations vaginales complémentaires. Dans deux autres cas, le résultat anatomique a été bon, mais il n'en a pas été de même du résultat fonctionnel, car les deux malades, qui, il est vrai, étaient des neurasthéniques, ont continué à souffrir. Tous les autres cas ont été suivis de guérison parfaite, à la fois au point de vue anatomique et au point de vue fonctionnel, les interventions datant en moyenne de deux ans et demi.

TROISIÈME QUESTION

Quel est le mode de fermeture de l'abdomen qui paraît garantir le mieux contre les abcès, les éventrations et les hernies ?

GRANVILLE BANTOCK (Londres), *rapporteur*. — Le sujet sur lequel j'ai l'honneur d'attirer votre attention est celui-ci : « *du meilleur traitement de l'incision abdominale pour prévenir les hernies et les abcès* ».

Quand il s'agit de l'abdomen, nous nous trouvons en face de conditions qui n'existent dans aucune autre région du corps. Nous avons à lutter contre une force d'intensité très variable, du mouvement léger de la respiration naturelle à l'action musculaire violente qui s'exerce dans l'acte du vomissement, en sorte que la plaie abdominale n'a pas ce repos qui représente un facteur si important pour le processus de guérison.

Quand le chirurgien a fait une incision et qu'il la referme, ce qu'il cherche, en vue des meilleurs résultats, c'est la réunion primitive ou, suivant l'expression usitée quelquefois, *la réunion par première intention*. Or, si important que soit toujours ce résultat, il l'est surtout dans les cas de plaie intéressant la paroi abdominale dans toute son épaisseur, et cela pour les raisons dites plus haut. Comme, dans la disposition naturelle de ces régions, la hernie y est de fréquente occurrence, il est clair que si l'on crée un autre point faible, les risques de cet accident seront d'autant augmentés. D'autre part, il est permis d'affirmer que la longueur de l'incision ne peut qu'influer médiocrement sur le degré d'importance qu'il y a à rechercher la réunion primitive. Pour

faciliter la discussion, on peut diviser la question en deux parties : 1° *le traitement de la plaie*, 2° *le moyen de prévenir les hernies*. *A priori*, ces deux divisions pourraient paraître avoir même signification, l'une comprenant l'autre. En réalité, il n'en est point ainsi. Ainsi, une plaie peut largement suppurer, et, cependant, l'opérée n'aura pas de hernie; ou bien, le chirurgien aura pu réussir à obtenir la réunion par première intention et, malgré cela, la hernie surviendra ultérieurement. Comment expliquer cette contradiction apparente? Cela apparaîtra dans la suite.

1° Il y a quelques années, depuis l'introduction des idées de Lister ou de la méthode antiseptique, on a érigé à la hauteur d'un *Credo* chirurgical cette idée que tous les abcès sont le résultat de l'introduction dans la plaie elle-même ou dans les trajets des sutures de *germes* ou (suivant l'expression actuelle) de microbes complètement développés. De là l'obligation, pour tout chirurgien, d'employer tous ses efforts à prévenir l'accès de ces éléments soi-disant perturbateurs. Vous êtes parfaitement au courant de ces moyens de prévention. Quand, de nouveau, on se fut persuadé que les plaies guérissaient sans ces moyens prophylactiques, qu'en beaucoup de cas elles guérissaient non seulement aussi bien, mais mieux, on substitua, dans une large mesure, à la théorie de la destruction des microbes ou de l'antisepsie, celle de l'exclusion des microbes ou de l'asepsie. Aujourd'hui, j'espère qu'on ne m'accusera pas de défendre l'une ou l'autre de ces doctrines. Au contraire, depuis longtemps j'ai soutenu l'idée que les diverses formes de bactéries ou de bacilles, si caractéristiques que puissent être ces organismes de l'état où on les rencontre, ne sont pas avec lui dans un rapport de cause à effet, ainsi qu'on le croit en général. En d'autres termes, je pense qu'ils sont les effets et non les causes des conditions avec lesquelles on les observe.

Si la doctrine de l'antisepsie (et la thérapeutique basée sur elle), si même celle de l'asepsie s'était confinée dans l'idée de l'introduction d'une matière morbigène, spécifique, je l'accueillerais, à l'heure actuelle, avec faveur, car elle est la base de ma thérapeutique, que je définis par le terme *propreté (cleanliness)*. Le dernier enseignement de Lister, tel qu'il est formulé dans sa communication à Berlin, où il exprime cette opinion : *qu'on peut se désintéresser entièrement des germes de l'atmosphère*, paraît

avoir échappé à ses disciples, par la raison peut-être qu'il n'arriva qu'à mi-chemin d'une conclusion saine et rationnelle.

Aussi, ne serez-vous pas surpris si j'attribue la formation d'un abcès dans la plaie ou dans le trajet d'une suture, non à la pénétration de germes ou de bacilles complètement développés, mais surtout : dans le second cas, à l'application défectueuse de la suture; dans le premier, à l'introduction de matière étrangère entre les lèvres de la plaie.

Aussi, quand du pus de mauvaise qualité, des caillots sanguins ou telle autre matière morte contamine une plaie, il devient très difficile de faire la surface propre de nouveau ; des portions ténues de substances malpropres restent; on s'attarde à les enlever, et ces manœuvres longues affectent les tissus; la présence de ces particules étrangères cause de l'irritation dont la conséquence habituelle est la formation de pus, etc.

Dans une cœliotomie abdominale simple pour kyste de l'ovaire où, en dehors de l'incision, les tissus sont peu lésés et où les sutures sont soigneusement appliquées, la réunion par première intention est la règle.

En ce qui concerne la suppuration dans les trajets de sutures, je répète que la suppuration n'est pas la conséquence de la pénétration de germes ou de bacilles complètement développés, mais bien l'effet de l'application défectueuse de la suture: cette application défectueuse est essentiellement la conséquence d'une striction trop énergique, en quelque sorte de l'étranglement des tissus dans une anse qui compromet plus ou moins leur vitalité.

Mais peut-être m'objectera-t-on que ce pus contient des bacilles qu'on rencontre plus ou moins habituellement associés à ces conditions, que par suite ces bacilles sont la cause de la présence du pus. J'admets que ces bacilles peuvent être caractéristiques, mais je nie les effets qu'on leur a attribués jusqu'ici.

Je suis au moins autorisé, à l'heure actuelle, à dire que l'innocuité — j'irai même plus loin, je dirai l'action avantageuse — de bacilles considérés jusqu'à présent comme doués des propriétés les plus virulentes est aujourd'hui entièrement prouvée et qu'il est indiscutablement établi que diverses variétés de bacilles ont une mission utile, d'élimination de certains éléments d'excrétion. Je n'ai jamais accepté la doctrine de la phagocytose, et si les dernières

observations auxquelles j'ai fait allusion sont correctes, il est permis de la qualifier d'absurde.

Aussi, j'arrive à cette conclusion : pour assurer la réunion primitive, il est nécessaire de coapter très soigneusement les surfaces saignantes, d'éviter qu'aucune matière étrangère ne s'interpose entre les surfaces coaptées, que les sutures ne soient pas serrées au point de produire l'étranglement des tissus ; j'estime enfin que l'usage d'une substance dite antiseptique ne gêne pas le processus de guérison. Cette dernière proposition est, actuellement, presque universellemeut acceptée. Les succès sont en proportion de l'exclusion des matières étrangères.

La production d'une petite quantité de pus dans un trajet de suture, n'a, si elle en a, qu'une importance minime. La formation de pus entre les lèvres de la plaie, comme ce pus est en plus grande quantité, est plus importante et peut être sérieuse. Heureusement, je puis dire que si un abcès occupant la partie de la plaie comprise entre deux ou trois sutures, est survenu, chez mes opérées, dans la proportion de 1 ou 2 p. 100, je n'ai vu qu'une seule fois la plaie entière (à l'exception du péritoine) intéressée et céder. Dans ce cas, le contenu d'un kyste dermoïde s'était épanché sur une plaie de 5 à 6 centimètres. Ultérieurement, toutefois, j'obtins une cicatrice solide, et je n'eus pas à regretter de suites fâcheuses de l'accident.

2) J'arrive maintenant au second point de ce travail : du meilleur moyen de fermer la plaie abdominale pour éviter la hernie. Jusqu'ici, il s'est agi d'une question de principe ; je dois maintenant entrer dans le détail.

Ce sont, évidemment, des considérations anatomiques qui d'abord guidèrent pour le choix et la direction de l'incision. Et, exception faite pour quelques cas, l'expérience a démontré que l'incision médiane est celle qui convient le plus dans le plus grand nombre des cœliotomies abdominales. Il est possible, au niveau de la ligne médiane, de pénétrer dans la cavité péritonéale sans léser les fibres des deux muscles qui s'étendent, de chaque côté, parallèlement à cette ligne. Le principe étant posé qu'il est toujours avantageux de faire une incision aussi petite que possible, j'affirme que, chez un sujet jeune et sain, à muscles bien développés, et modérément gras, il suffit, quand l'incision reste entre les limites de l'ombilic et du pubis, d'employer la

suture à points séparés, embrassant la paroi dans toute son épaisseur. Ainsi, la suture traversera la peau, la graisse sous-cutanée, l'aponévrose musculaire, le muscle, la graisse sous-péritonéale et le péritoine d'un côté, puis, les mêmes organes, en sens inverse, de l'autre côté. D'autre part, s'il est prudent de prendre 1/2 pouce de peau, il convient de n'embrasser que le bord du péritoine. Dans les conditions que j'ai précisées, je soutiens que ce mode de suture est suffisant et donne des résultats parfaits.

Mais, dans la pratique, nous rencontrons des conditions diverses qui s'écartent des précédentes, qu'on pourrait qualifier de type normal. Ainsi, *a*) le malade peut être très émacié, muscles et tissu adipeux réduits au minimum, ou *b*) les parois abdominales peuvent contenir une quantité anormale de graisse, ou *c*) il peut être nécessaire de pratiquer l'incision au delà de l'ombilic. Ces conditions réclament un traitement plus ou moins modifié.

a) Quand les parois sont très minces, je pense qu'il convient de fermer la plaie en deux ou trois étages : par exemple, le péritoine est d'abord fermé par une suture continue au catgut (si j'étais absolument sûr d'éviter toujours la suppuration, j'emploierais toujours le crin de Florence, fin); puis le reste de la plaie fermé au moyen d'une suture à points séparés embrassant peau, aponévroses et muscles; ou, dans les cas extrêmes, on fait une suture perdue pour réunir muscles et aponévroses et l'on ferme la plaie cutanée par une troisième rangée de sutures. Toutefois, il est extrêmement rare que deux rangées de sutures ne suffisent pas.

b) Quand les parois renferment une quantité insolite de graisse, je ferme d'abord le péritoine, puis je fais une suture à points séparés, qui comprend les tissus entre la peau et le péritoine.

c) Lorsqu'il est nécessaire de prolonger l'incision au delà de l'ombilic, c'est, je crois, la coutume adoptée par les chirurgiens, de poursuivre l'incision sur un des côtés de l'ombilic, à gauche généralement. Pour moi, je préfère inciser directement, à travers l'ombilic, exciser la peau en excès, sectionner les parois de chaque côté, de façon à obtenir une large surface, après quoi, je ferme d'abord le péritoine, et cela dans tous les cas. Quand on incise sur l'un des côtés de l'ombilic, la surface d'incision, très souvent, n'a pas plus d'un huitième de pouce, et les risques de hernie deviennent très grands.

Chez un sujet jeune et bien nourri, c'est, à mon avis, perdre du temps que de suturer la plaie en plusieurs étages; au contraire, quand il s'agit d'un sujet émacié, le plus de temps qu'on consacre est bien employé.

La question de la meilleure substance à employer pour les sutures a beaucoup exercé l'esprit et l'ingéniosité des chirurgiens.

Au début de ma pratique, il y a plus de 30 ans, on se servait surtout de soie tordue et de fil d'argent. On affirmait que, dans les cas de fistules vésico-vaginales, le fil d'argent comptait pour une large part dans les succès fournis par des opérations plus récentes ; et, dans quelques-unes au moins des premières opérations abdominales, on se servit de ce fil métallique. Mais l'expérience démontra qu'il présentait des inconvénients qui constituèrent une sérieuse objection à son emploi, et longtemps la soie le supplanta. Depuis plusieurs années déjà, une certaine expérience, d'abord dans les opérations pour la cure des déchirures du périnée et des fistules vésico-vaginales, puis dans la laparotomie, me convainquirent que, par sa forme et sa nature, le crin de Florence réalisait la meilleure substance pour les sutures. Les qualités qu'il me présentait étaient les suivantes : possibilité de l'obtenir en longueur et en épaisseur convenables pour différents buts; humecté dans l'eau chaude, il est d'un maniement aussi facile que la soie tordue ; sa surface est aussi unie que celle du fil d'argent; il est plus résistant qu'un fil de soie de même diamètre. Mes observations datent de l'époque pré-Listérienne, et comme à cette époque il ne subissait pas d'autre préparation qu'une coloration par une couleur d'aniline, je l'emploie, encore actuellement, exactement comme alors. Nous entendons aujourd'hui parler beaucoup de la stérilisation des sutures, mais nous avons dans le crin de Florence un fil à sutures dont le mode de fabrication doit bien suffire à lever tous les scrupules des Listériens les plus timides ou des partisans les plus ardents des doctrines de la bactériologie moderne.

Mon expérience à ce sujet est telle que, depuis plusieurs années déjà, j'ai employé exclusivement le crin de Florence pour les sutures ordinaires embrassant soit la peau, soit les muqueuses, et j'ai une égale confiance dans cette substance pour les sutures perdues. Ayant été le premier à préconiser son emploi systématique, il m'est permis d'insister sur les avantages que je

crois attachés à sa vulgarisation et à souligner le fait que tous ceux qui en ont fait un essai sérieux, sont également satisfaits des résultats qu'ils en ont eus.

Conclusions. — 1° Les bactéries ne jouent aucun rôle dans la suppuration; elles sont les effets et non la cause des conditions où on les rencontre. Ainsi, les abcès dans la plaie ou dans les trajets de sutures ne sont pas dus à la pénétration de « *germes* » ou de bacilles complètement développés. Mais, dans le 1er cas, la suppuration est la conséquence de substances agissant à la manière d'un corps étranger, et, dans le second, à l'étranglement des tissus par une striction trop énergique des fils à sutures.

2° Dans les cas ordinaires, la simple suture à points séparés suffit pour les besoins de la pratique.

3° Chez les sujets maigres ou chez les sujets très gras, il convient de fermer séparément le péritoine par une suture continue et le reste de la plaie par un ou deux étages de sutures.

4° Pour la simple suture interrompue, le crin de Florence est la meilleure substance, tandis qu'on donnera probablement la préférence au catgut, non préparé à l'acide chromique, pour la suture perdue.

La Torre (Rome), *co-rapporteur.* — 1° La fermeture de l'abdomen est encore aujourd'hui une question si particulièrement intéressante qu'il vaut la peine de s'en occuper.

2° Les auteurs, pas même les écrivains spéciaux, ne sont encore d'accord sur la définition des hernies post-opératoires. On doit entendre par *hernie post-opératoire* la sortie des viscères à travers une solution de continuité des plans de la paroi abdominale. Le plan qui se trouve le plus ordinairement ouvert est le plan musculo-aponévrotique.

3° Les hernies post-opératoires étaient très fréquentes autrefois, lorsqu'on fermait l'abdomen d'après la méthode extra-péritonéale, on pratiquait la suture en masse des tissus et on avait fréquemment de la suppuration. Elles le sont moins aujourd'hui depuis que l'on suture l'abdomen d'après la méthode intra-péritonéale ou d'après la méthode extra-péritonéale avec les modifications recommandées par Durante.

4° Les causes des éventrations peuvent se réunir sous trois chefs : 1) le défaut de réunion du plan musculo-aponévrotique;

2) les circonstances qui déterminent la réunion par première intention de ce plan ; 3) les circonstances qui déchirent la cicatrice.

5° Une bonne fermeture de l'abdomen résulte de trois facteurs principaux : l'incision, les fils employés, et le mode de suture.

Les éléments les plus importants sont l'incision et la suture du plan musculo-aponévrotique ; c'est-à-dire l'endroit où l'on doit inciser et comment l'on doit suturer les tissus.

6° La suture faite sur les tissus aponévrotiques de la ligne blanche est souvent la cause des hernies ; il n'en est pas de même de celle pratiquée en plein muscle.

7° La cause des hernies étant l'ouverture du plan musculo-aponévrotique, faire porter l'incision sur la ligne blanche et puis, avant de la suturer, enlever les tissus aponévrotiques de la ligne blanche jusqu'aux bords internes des muscles droits et suturer en réunissant les gaines et la substance musculaire.

Howitz (Copenhague). — Une bonne et solide cicatrisation dépend de trois conditions, sans parler de la propreté de la plaie, de son état aseptique et de sa fermeture per primam intentionem, qui sont des conditions sine quâ non.

Ces trois conditions sont : premièrement la qualité des lèvres de la plaie, secondement la manière de faire la suture, et enfin le matériel dont on se sert.

Quant à la première condition : la qualité des lèvres de la plaie, nous serons bientôt d'accord, que les petites incisions. cæteris paribus, donnent des cicatrices plus solides que les incisions très longues, et ne causent pas si facilement une hernie. Ce n'est pas que je veuille défendre les petites incisions, dont on a trop apprécié les avantages à d'autres points de vue.

Comme règle générale, on a fait l'incision sur la linea alba, mais je doute, si cet endroit est le meilleur pour procurer une bonne cicatrice. — Je crois que non, et pour les raisons suivantes : premièrement, il faut accorder que plus les lèvres à joindre sont larges, plus grandes sont nos chances d'obtenir une cicatrice solide ; secondement, moins les lèvres contiennent de graisse, plus la suture est ferme ; troisièmement, plus le tissu est homogène, plus l'incision est égale, et mieux s'opère la cicatrisation. Ensuite, moins il y a de tiraillements dans les diffé-

rentes directions, plus la cicatrice se fait solide et résistante.

Si ces quatre propositions sont justes, il faut convenir que la linea alba est un endroit mal choisi pour l'incision, quant à ce qui concerne la cicatrisation. Le fait que la linea alba est l'endroit le plus mince, l'endroit où l'incision a le chemin le plus court, est une des raisons de la préférence qu'on lui a donnée. Les lèvres d'une incision faite sur la linea alba seront toujours moins grandes que les lèvres d'une incision faite un peu de côté, le long du m. droit. — Puis, par une incision sur la linea alba, nous aurions toute la gaine de graisse, sur laquelle Pierre Delbet dans son excellent ouvrage (des suppurations pelviennes chez la femme) a attiré l'attention. Quiconque a fait une suite de laparotomies à travers la linea alba, aura remarqué la quantité de graisse, souvent très considérable, qui s'y trouve. Des boules de différente grandeur pendent partout aux lèvres de la plaie, et même en en retirant beaucoup, il en reste toujours une partie dans la ligne de suture.

Cette graisse, pauvre en vaisseaux et à moitié dégagée, est incapable de fortifier une cicatrice. Si même il ne survient point de suppuration, et que la cicatrice ait bonne et solide mine, la graisse sera prise, elle, dans la cicatrice et rendra celle-ci moins solide et moins résistante, quand plus tard, après la guérison, la patiente devra se remuer.

En cas de suppuration, la gaine de graisse de Delbet qui, sortant de l'ombilic, va jusqu'à la symphyse, sera un redoutable conducteur de pus. — Ainsi, les tissus graisseux, seuls, font que la linea alba n'est pas un bon endroit pour une incision. Puis, par une incision dans la linea alba, il nous arrive très facilement d'ouvrir les gaines du m. droit en coupant un peu trop, soit d'un côté, soit de l'autre, ce qui nuit à l'égalité des lèvres et à la solidité de la cicatrice.

Enfin la plaie de la linea alba étant fermée, et les muscles droits commençant à fonctionner, chacun de son côté, il se produit par la contraction des muscles une tension de la cicatrice. Cette tension, qui a lieu des deux côtés, amincit peu à peu la cicatrice et favorise la formation de la hernie. Pour cette raison, j'ai abandonné en beaucoup de cas la linea alba et j'ai fait mon incision de la manière suivante. Après avoir examiné de quel côté sort la tumeur, si je désire avoir une meilleure place sur un point déter-

miné. c'est ce dernier que je choisis pour mon incision. Je la fais parallèle à la linea alba, à peu près à 2 centimètres de côté, le couteau passe par la gaine du muscle droit, puis j'éloigne du doigt les fibres musculaires, de manière qu'un bord de ces fibres, large d'un centimètre, reste en dedans.

Outre le petit avantage de me procurer une meilleure place du côté voulu, cette incision présente le suivant pour la cicatrice : elle donne des lèvres plus larges, qui ne contiennent pas la quantité de graisse susdite, mais sont tout à fait égales, ainsi ce sont des tissus homogènes que nous avons à réunir. Les lèvres sont maigres, leur plus grande partie est formée de fibres musculaires, qui se joindront bien et solidement. Plus tard, lors de la tension de la paroi du ventre et de l'action des muscles, il n'y aura pas de tiraillements vers les côtés, par suite de la contraction du muscle, réuni dans le sens de sa longueur. Pour les incisions longues, celles qui provoquent plus fréquemment les hernies, la cicatrice qui résulte de ma méthode aura un soutien par les insertions tendineuses.

Quant à la suture, il y a surtout deux choses à remarquer :

L'une est le choix de la meilleure méthode à employer pour faire la suture, l'autre est le choix du matériel.

Quant aux méthodes, je ferai une distinction entre les sutures à étages, les sutures simples, prenant toute la paroi du ventre, et les sutures prenant toute la paroi moins le péritoine.

Les sutures à étages ont l'avantage de procurer une coaptation plus égale, une meilleure réunion des lèvres, et beaucoup de chirurgiens les préfèrent aux autres. Un de leurs inconvénients est pourtant de donner des ligatures perdues dans la cicatrice elle-même. Pour les sutures à étages on peut se servir, ou des différentes sortes de matières absorbables, ou des sutures de métal ou de Fishgut. Le matériel absorbable a un double inconvénient : d'une part, l'antisepsie est avec lui toujours un peu douteuse, et moins sûre qu'avec les sutures de métal, de Fishgut, ou de soie, qu'on peut mieux traiter soi-même. — D'autre part, le temps que prend la résorption est impossible à fixer, ainsi l'on ne sait jamais quand la suture cesse de soutenir la plaie. Une résorption trop prompte peut avoir un effet très malheureux pour la solidité de la cicatrice.

Cette méfiance qu'inspire le matériel résorbable a causé l'em-

ploi plus fréquent des sutures de métal et de Fishgut, quand il s'agit de sutures à étages. Pour les faire servir d'une manière satisfaisante, il faut appliquer une suite de sutures assez serrées, dont les bouts se trouvent dans la ligne de jointure. Mais il me semble évident qu'une telle série de bouts de suture doit en quelque degré empêcher la réunion des lèvres de la plaie, et affaiblir ainsi la cicatrice. En outre, il me semble très vraisemblable qu'une telle série de sutures permanentes peut provoquer des difficultés dans le cas de quelque forte extension du ventre, comme, par exemple, la grossesse, ou des tumeurs secondaires, ou d'autres cas semblables.

La suture de Heppner, en forme de 8, me semble réunir d'une manière heureuse tous les avantages de la suture à étages avec ceux de la suture simple. Elle peut se conformer aux circonstances : selon la qualité et l'épaisseur des couches, on peut agrandir l'une ou l'autre des deux boucles du 8 ; elle réunit mieux que la suture simple, et elle est à préférer à la suture à étages, parce qu'on peut l'ôter après la consolidation de la cicatrice.

Le Fishgut est comme fait pour la suture en forme de 8. On peut s'en servir après l'avoir plongé une demi-heure dans de l'eau bouillante phéniquée (5 p. 100). Il est plus souple que le fil de métal, et possède pourtant la même fermeté; il ne gonfle pas comme la soie et n'agrandit donc pas le canal de suture. Il est un matériel parfait qui peut rester sans gêne dans le corps pendant des années entières. — Pour appliquer la suture en forme de 8 il faut s'y prendre de la manière suivante: La piqûre d'entrée dans le péritoine doit être faite près du bord, pour que le double pli du péritoine, entre les lèvres de la plaie, ne soit pas trop grand. Car, malgré la faculté du péritoine de se souder rapidement, sa réunion n'est pas assez solide pour ne pas céder à une pression intra-abdominale ; et le péritoine est le facteur qui doit soutenir le premier choc. Si les feuillets du péritoine passent un peu de côté, cela produit comme un coin dans le reste de la plaie du ventre, et plus ce coin est grand, plus le reste de la cicatrice est faible. Il ne faut donc prendre que le moins de péritoine possible. L'aiguille doit être fort recourbée, elle doit mordre bien avant dans la paroi du ventre pour en prendre autant que possible. Il s'agit surtout de passer autour des poches qui pourraient s'y trouver, comme par exemple des adhérences réti-

formes, suite de laparotomies anciennes, qui produisent souvent de telles poches. Puis on fait sortir l'aiguille ordinairement au milieu de l'épaisseur de la plaie du ventre; pourtant cela dépend de la qualité de la plaie. Il vaut mieux ne pas conduire l'aiguille du côté droit précisément dans le trou du côté gauche, mais un peu en haut ou en bas de cet endroit, et pourtant au même niveau. On agit ainsi pour pouvoir mieux retirer les fils, car alors on est sûr qu'ils ne sont pas entrelacés. La piqûre de sortie à travers la peau, doit être à un demi-centim. de la ligne de la plaie, pour qu'il soit plus facile d'ôter les fils; puis la cicatrice aura de la sorte meilleure mine.

Selon la longueur de la plaie du ventre et l'épaisseur de sa paroi, on applique, comme règle, les sutures en forme de 8, plus serrées ou plus lâches, à une distance de 1 demi à 2 cent. Entre ces premières sutures, on applique une suture superficielle.

Il vaut mieux ne pas ôter les sutures avant une quinzaine de jours, si aucun cas spécial ne rend la chose impossible. On attire l'un des bouts de la suture par un crochet émoussé, puis l'on coupe et, le jour suivant, on tire par l'autre bout. De cette manière le fil glisse facilement et lentement.

Pour une paroi du ventre très mince, je voudrais proposer le procédé suivant, qui offre plus de garanties d'une cicatrisation solide. On divise chaque lèvre de la plaie en deux parties de la même épaisseur, puis on applique sa suture en forme de 8, de manière que la ligne de démarcation entre les 2 parties soit l'endroit où se rencontrent les 2 boucles du 8. On aura ainsi une jointure de plan solide, à laquelle on peut donner une largeur très considérable.

Les sutures les plus communes sont celles qui comprennent toute la paroi du ventre, remplacées çà et là par des sutures superficielles; et l'on a cru être sûr d'un bon résultat en resserrant beaucoup les sutures intérieures. En bien des cas cette opinion est juste, surtout pour des parois du ventre épaisses, et après une petite incision. Mais cette suture nous a trompés si souvent qu'elle nous a conduits à la suture à étages, et moi spécialement à la suture en forme de 8. Veut-on employer la suture simple, il s'agit alors d'embrasser le moins possible du péritoine, à cause de l'influence malheureuse citée plus haut. Je serais même plutôt de l'avis des chirurgiens, qui ne prennent pas du tout le

péritoine, parce que, de cette manière, il se produira plus facilement une saillie des deux morceaux du péritoine vers la cavité péritonéale.

Permettez-moi, Messieurs, de vous indiquer encore quelques circonstances assez significatives concernant la cicatrisation.

Nous provoquons souvent, par l'ouverture de la paroi du ventre, une hémorrhagie assez forte. En pareil cas, il faut se servir le moins possible de pincettes pour ne pas écraser trop de tissu dans la ligne de jointure. Si l'hémorrhagie n'est pas arrêtée par une compresse de gaze chaude, on a un excellent moyen en appliquant les sutures appelées provisoires. Elles ne compromettent pas les parties qui doivent se joindre plus tard ; on peut les appliquer rapidement, elles arrêtent vite l'hémorrhagie, et elles secondent bien l'éloignement des lèvres de la plaie. — Ici comme toujours, il s'agit d'avoir les plans de la plaie très propres sans sang, etc.

Je demande ordinairement que mes patientes restent couchées pendant 3 semaines, aussi à cause de la cicatrice, et je leur fais toujours porter, à même le corps, une ceinture ventrière en toile.

Au mois de juin dernier j'ai recu une communication, me rendant compte de l'état de quelques malades traitées par la laparotomie de 1893 à 1896. Le succès de la nouvelle méthode semble avoir été complet dans la plupart des cas. Plusieurs patientes sont devenues enceintes après l'opération sans que la grossesse ait nui à la cicatrice, qui est restée ferme et linéaire.

DOLÉRIS (Paris). — Entièrement d'accord avec les rapporteurs sur la plupart des points, principalement sur la nécessité de ne point trop serrer les sutures, je prends la parole uniquement à propos des expériences relatives au choix de la ligne d'incision et aux résultats fournis à l'un des rapporteurs par l'expérimentation sur le chien.

De semblables expériences avaient été, à ma connaissance, entreprises par M. Cazin, chef de la clinique chirurgicale de la Charité, à Paris, dès 1894-1895, avec l'aide de l'un de mes assistants actuels, M. Isaac.

A l'instigation de ce dernier, j'ai pratiqué une dizaine de fois la section abdominale en plein muscle droit, tout à côté de la ligne blanche et j'ai réuni la plaie par des sutures perdues en étages. Il

s'agissait toujours de laparotomies ne nécessitant qu'une courte incision sous-ombilicale. Le résultat a été très satisfaisant.

Je n'oserais pas dire que la même pratique puisse être toujours suivie, notamment quand il s'agit de sections étendues et quand la paroi abdominale a été distendue et amincie par une tumeur volumineuse ou par des grossesses répétées.

Il y a, au contraire, intérêt à réséquer autant que possible la ligne blanche très élargie dans ces cas. C'est ma pratique habituelle, mais je n'ai jamais de parti pris pratiqué la résection totale de la bande fibreuse, comme le conseille M. La Torre.

On doit se demander ce que sera, après une telle perte de substance suivie du rapprochement par suture des bords des muscles droits, la cicatrice tégumentaire. Il semble qu'il doive y avoir une telle exubérance de peau que fatalement il sera difficile d'affronter régulièrement celle-ci sans déformation de la plaie. Un bourrelet se formera sans doute.

En outre, si la section est restée sous-ombilicale, la continuité de la ligne blanche au-dessus et au-dessous de l'ombilic sera faussée et interrompue par une résection de la lame fibreuse, qui ne porterait que sur la partie inférieure de l'abdomen.

La même remarque est à faire pour le cas où l'on serait tenté de supprimer une partie du tégument lui-même sur les lèvres de l'incision. On ne saurait s'appuyer sur ce qui se pratique en cas d'éventration réelle, ou plutôt de hernie post-opératoire, car on ne fait alors que réséquer la poche cutanée de la hernie, après quoi l'affrontement exact du tégument reste très aisé.

Ce sont là des objections *a priori*, mais qui m'ont toujours conduit à la résection partielle de la ligne blanche sans aller jusqu'à l'affrontement immédiat des muscles droits.

Quant à la suture musculaire elle-même, il ne faut pas se hâter de conclure d'après les expériences pratiquées sur les animaux, dont la statique est si différente de la nôtre. M. La Torre a suturé sur la région sous-ombilicale ; or, cette région de la paroi ne supporte aucun effort chez le chien ; la région sus-ombilicale, au contraire, constitue la région déclive où aboutissent les efforts et les effets habituels de la pression abdominale.

C'est donc dans la région sus-ombilicale qu'il faut sectionner et suturer les droits, chez les animaux, pour juger ensuite utilement des résultats obtenus, notamment de la résistance d'une pareille

suture. M. Cazin, dans ses expériences, s'était justement placé dans l'une et l'autre conditions. La remarque que je viens de faire est la conséquence de ses constatations, qu'il a bien voulu me communiquer.

Ces expériences, dans tous les cas, prouvent, grâce aux examens microscopiques de M. La Torre, que la réunion immédiate se fait dans des conditions parfaites.

Rapin (Lausanne). — L'aspect de la cicatrice abdominale, après les laparotomies, a une importance secondaire, et cependant il y a lieu de s'en préoccuper chez les jeunes femmes et surtout chez les jeunes filles.

C'est d'après cette préoccupation que je me suis attaché, depuis deux ans, à inciser la peau non plus sur la ligne blanche, mais en travers, à 3 ou 4 centim. de la symphyse, à la limite supérieure des pubis. Cette incision n'est pas nouvelle : M. le professeur Küstner la recommande, dans les cas de rétrodéviations utérines, sous le nom de « Kreuzschnitt », ce qui devrait se traduire par « incision cruciale ». Mais cette dénomination pouvant donner lieu à des confusions compréhensibles, je lui préférerai le nom d'*incision esthétique*, vu que cette épithète indique précisément le but de l'incision. Voici comment j'opère : je fais une incision transversale, à concavité supérieure, de 6 à 10 centim. d'étendue, intéressant la peau et le tissu sous-cutané jusqu'à l'aponévrose ; je dissèque l'aponévrose sur la ligne blanche et fixe le lambeau cutané supérieur avec une suture provisoire, un peu au-dessous de l'ombilic ; puis je pratique, sur la ligne médiane, une incision verticale de 4 à 8 centim., suivant les besoins, à travers l'aponévrose, les muscles droits et le péritoine. La fermeture de la plaie est réalisée par trois plans de sutures, de façon à remettre en place les tissus. Il importe d'affronter exactement et minutieusement la peau, si l'on veut avoir une cicatrice peu visible. Les fils doivent être enlevés de bonne heure, au troisième jour, avant même, pour éviter qu'ils ne laissent des traces longtemps visibles sur la peau.

Depuis deux ans, j'ai opéré 7 malades par ce procédé, dans les circonstances suivantes : 4 hystéropexies, combinées 2 fois avec l'opération de Schrœder, 1 fois avec l'ablation des annexes gauches et la libération d'adhérences, et 1 fois avec castration bila-

térale, énucléation de fibrome ; dans les 3 autres cas, il s'agissait d'affections des annexes, d'adhérences multiples, d'ovaires kystiques, etc., pour lesquels j'ai fait la castration unilatérale, bilatérale, l'ignipuncture de l'ovaire, cte. Enfin, dans un huitième cas, je n'ai pas ouvert le péritoine, mais simplement décollé la vessie derrière le pubis afin de pratiquer une cysto-uréthropexie abdominale pour cystocèle sans prolapsus utérin.

Les suites ont toujours été très simples, les fils enlevés entre le troisième et le huitième jour. Les malades ont été satisfaites de leur opération.

L'intervention n'est rendue ni plus difficile, ni plus longue, ni plus grave par l'incision esthétique ; aussi ne puis-je qu'engager vivement mes collègues à y recourir chaque fois que les circonstances l'indiqueront.

Byford (Chicago). — Les deux conditions qui peuvent donner lieu aux éventrations et hernies post-opératoires sont l'infection, d'une part, et le défaut de coaptation des plans de la paroi, d'autre part.

En ce qui concerne la coaptation des plans, il est indispensable de faire une incision bien nette, de contusionner le moins possible les tissus pendant le cours de l'opération, et enfin d'accoler exactement ceux-ci plan par plan, pour se rapprocher autant que possible des rapports qu'ils présentaient avant l'opération.

Comme l'incision médiane résume ces conditions, je crois qu'elle est préférable à toute autre. Pour que la cicatrice soit solide, il faut qu'elle soit simple, et c'est pour cela qu'on doit chercher à l'obtenir avec un minimum de tissu cicatriel.

La méthode que j'emploie dans ma pratique est la suivante : un certain nombre de sutures perdues sont posées, comprenant le tissu musculaire, les aponévroses et le péritoine; mais, avant de serrer ces fils, j'en place d'autres à travers toute l'épaisseur de la paroi abdominale.

Les sutures perdues ont été conservées pendant des années, chez mes opérées, sans déterminer le moindre trouble. Les seules hernies que j'aie observées dans ma pratique se sont produites fort longtemps après l'opération, lorsque j'avais fait un usage prolongé du drainage.

Laroyenne (Lyon). — En étudiant les éventrations consécu-

tives à une ou plusieurs grossesses, Glénard a remarqué que l'écartement de la ligne blanche dans son entier semblait dépendre surtout de l'affaiblissement de sa partie sus-pubienne. Si la paroi abdominale résiste dans une étendue de sept ou huit centimètres au-dessus du pubis, l'éventration ne se produit pas en un point plus élevé ou bien elle a peu de largeur. En m'inspirant de cette observation, j'ai cru devoir, dans les laparotomies, arrêter mon incision de la paroi abdominale à 7 ou 8 centim. au-dessus du pubis, quand il était possible. J'ai d'ailleurs revu quelques malades chez lesquelles l'incision était restée dans les limites sus-indiquées, soit pour ne pas intéresser la vessie remontant haut dans la région hypogastrique, soit pour éviter précisément des chances d'éventration. Leur paroi a bien résisté.

Comment expliquer ce fait d'observation? Peut-être est-il d'une certaine importance que les muscles pyramidaux ou les fibres renforcées des grands droits antérieurs qui, d'après Cruveilhier, suppléent à l'absence des pyramidaux, soient respectés au niveau de leurs insertions à la ligne blanche dont ils sont les tenseurs.

Cette précaution concernant la section de la paroi, est surtout utile lorsqu'on établit un drainage péritonéal qui ne permet pas de refermer immédiatement la cavité abdominale. Les malades, dans ces circonstances, sont plus exposées aux éventrations et la réunion secondaire des plans de la paroi est à juste titre considérée comme une condition défavorable.

Cependant nous avons déjà signalé au Congrès de Rome un procédé qui permettait de faire bénéficier des avantages de la suture ces malades condamnées par la présence d'un drainage, à la réunion secondaire de la paroi abdominale. Nous voulons parler de la réunion immédiate secondaire au moyen des fils d'attente. Nous appliquons au niveau de l'orifice intercepté par le drain ou la mèche de gaze un ou deux points de suture métallique ne comprenant pas toute l'épaisseur de la paroi abdominale, mais seulement le muscle, l'aponévrose et le péritoine. Il résulte en effet des expériences que nous avons pratiquées sur le cadavre, que, lorsqu'on cherche à réunir les trois plans avec un seul fil, la peau fait obstacle à la réunion de l'aponévrose. Ces fils ainsi placés sont serrés au moment du retrait du drainage.

Enfin, lorsqu'il a été indiqué de marsupialiser une poche kys-

tique, on doit, pour assurer dans l'avenir la solidité de la paroi, ne pas suturer cette poche à un plan quelconque, mais à l'aponévrose abdominale et au muscle.

Ainsi : 1° incision de la ligne blanche ne descendant pas, autant que possible, plus bas que 7 ou 8 centim. au-dessus du pubis ; 2° réunion immédiate secondaire au moyen de fils d'attente; lorsque l'ouverture abdominale n'a pu être refermée par le fait de l'application d'un drainage ; 3° suture des poches marsupialisées à l'aponévrose abdominale, telles sont les précautions grâce auxquelles nous croyons réduire les chances d'éventration et compenser les inconvénients du drainage et de la marsupialisation.

M. Amann (Munich). — La crainte d'une hernie consécutive ne doit jamais déterminer le chirurgien à pratiquer une incision moins étendue que ne le comportent les exigences de l'opération.

La simple suture de tous les plans abdominaux à la fois est solide, mais elle n'affronte pas exactement les diverses couches de tissu divisées par l'incision.

La suture à plusieurs étages permet d'éviter cet inconvénient, mais elle donne parfois lieu à l'élimination subséquente des fils employés pour sutures perdues.

Chez les femmes qui n'ont pas d'écartement des muscles droits de l'abdomen, je pratique une incision *extra-médiane* à travers un de ces muscles et j'affronte ensuite le muscle avec le muscle, l'aponévrose avec l'aponévrose.

Lorsque l'écartement des muscles existe, l'incision est faite sur la ligne blanche. Je sectionne la gaine des deux muscles droits en réséquant parfois une partie de la ligne blanche afin de pouvoir suturer le muscle au muscle et l'aponévrose à l'aponévrose (Gersuny). Si l'incision va au delà de l'ombilic, j'extirpe ce dernier.

J'ai habituellement recours à la suture à plusieurs étages. Depuis quelque temps je n'emploie plus de sutures à fil perdu pour la réunion des gaines musculaires, mais je procède de la façon suivante :

J'enfonce l'aiguille près de la lèvre droite de la plaie cutanée et je la fais ressortir à travers le péritoine, tout près de son bord, puis je la conduis sous la lèvre opposée de la plaie et lui fais traverser le péritoine, la couche musculaire et l'aponévrose; je

m'arrête ici pour faire avec le même fil une anse de suture comprenant l'aponévrose du côté droit que j'affronte avec celle du côté opposé, et enfin je fais ressortir l'aiguille par la peau du bord gauche de la plaie. De cette façon, on a une suture en masse avec une anse supplémentaire destinée à réunir les bords de l'aponévrose. La suture est faite au crin de Florence et doit rester en place pendant une vingtaine de jours.

SABINO COELHO (Lisbonne). — Au commencement de ma carrière gynécologique, je fermais le ventre après la laparotomie, en faisant des nœuds isolés avec le fil d'argent, qui comprenaient tous les tissus, du péritoine à la peau. Je le faisais parce que je l'avais vu faire sans inconvénient.

Le temps s'est écoulé, et avec lui se sont déroulées les modifications de la fermeture de l'abdomen.

Ma pratique n'a pas varié, au jour le jour, en face de tant d'idées, mais elle s'est ressentie d'une manière générale de deux ordres de faits, ceux relatifs à la nature du fil et ceux qui respectent les tissus suturés.

Le catgut m'a enthousiasmé, parce que je le supposais capable d'une désinfection supérieure à celle de n'importe quelle substance. Je l'ai encore plus apprécié, quand, en suivant des idées alors nouvelles, j'ai résolu de fermer le ventre par la suture continue à étages ; mais l'expérience avec des nœuds de soie perdus dans le péritoine m'a fait changer d'opinion. Dans la ligature de gros ligaments larges, j'étais encore plus à mon aise, en employant celle-ci, parce qu'elle me permettait de serrer davantage le nœud. J'ai bien veillé à sa désinfection et je l'ai employée dans les ovariotomies, hystérectomies abdominales, oophoro-salpingectomies, etc. Mon expérience m'a donc porté à faire la fermeture de l'abdomen avec la soie tissée aseptique.

Il faut avouer que mon enthousiasme pour la suture à étages a progressivement diminué et je suis revenu à mon point de départ.

Je crois en tous ceux qui font la désinfection dans la chirurgie abdominale, mais je comprends qu'un fil moins vigoureusement désinfecté provoque une fois ou une autre de la suppuration sous la peau. Dans ce cas, il faut ouvrir la cicatrice et intervenir de nouveau. Contre la suture à étages, j'ai encore un autre argument. Je sais par mon expérience que les éventrations se produisent plus

facilement avec elle, qu'avec celle qui comprend tous les tissus. Je ne nie pas que le catgut ne soit très utile dans la gynécologie.

Les résultats que j'ai obtenus dans les colporrhaphies, les amputations du col et plus récemment dans les colpotomies, en profitant des propriétés d'absorption et n'ayant pas eu à craindre la difficulté de l'ablation des fils, m'autorisent à proclamer sa grande importance. Mais dans la fermeture après la laparotomie, je ne pense pas à l'absorption parce que je fais la suture à points séparés avec l'intention d'ôter les fils plus tard. Ce que je désire, c'est la solidité, et pour cela je préfère la suture en masse à soie tressée. Je crois à sa complète désinfection et je la considère comme étant le fil le plus solide pour serrer de grosses masses.

Je n'oublie pas l'objection qui me force à mettre une exception à ma règle. L'infection secondaire est à craindre, si l'on s'en sert dans des régions qui peuvent suppurer. S'il faut faire le drainage du ventre, elle peut s'infecter au contact d'un tube ou d'un tampon. Dans cette hypothèse, je lui substitue le crin de Florence ou le fil d'argent.

En conclusion, après la laparotomie, je fais de préférence la suture à points séparés avec la soie tressée. Les fils profonds traversent tous les tissus et les superficiels seulement la peau.

R. Condamin (Lyon). — Aujourd'hui la suture à plusieurs étages des parois abdominales est adoptée par tous les chirurgiens ou à peu près. On sait en effet que ne pas réunir le plan musculo-aponévrotique d'une façon intime a, pour conséquence presque fatale, une éventration ultérieure, quel que soit le soin que l'on ait mis à adosser la peau et la graisse sous-jacente. Or, il existe dans certaines circonstances des pertes de substance telles, résultant soit d'une omphalectomie, soit d'une cure radicale d'éventration par la résection du sac jusqu'à la gaine des droits, soit d'une ablation de fibrome dans les parois, etc., que le chirurgien ne voit pas la possibilité de rapprocher jusqu'au contact les bords aponévrotiques par les sutures habituelles et se contente d'une couverture uniquement cutanée. Le cas le plus fréquent se présente pour les hernies ombilicales volumineuses. La grande généralité des chirurgiens acceptent comme méthode de choix l'omphalectomie totale avec ouverture des gaines quand il s'agit d'une hernie petite et moyenne; mais en face d'une hernie volumineuse,

la peur bien justifiée de ne pouvoir amener en contact les bords des droits fera respecter une partie du sac fibreux pour avoir au moins l'étoffe d'une suture complète sous-cutanée, quitte à s'attendre à une récidive dans un délai variable.

Quel est le chirurgien qui, en face d'une éventration un peu volumineuse, ne se demande avant d'opérer, s'il pourra rapprocher les bords aponévrotiques parfois distants de 15 à 20 centimètres et n'ait refusé une intervention sanglante dans cette crainte ? N'est-ce pas la même appréhension qui fait hésiter d'opérer dans les péritonites où la tension abdominale est telle que l'on se demande si l'on pourra, après les lavages ou autre thérapeutique, réintégrer les anses intestinales et suturer pardessus ?

Enfin, et c'est là une deuxième indication de la suture que nous proposons, dans ces fibromes des parois abdominales, dont l'ablation entraîne des pertes de substance étendues, on se trouve dans l'impossibilité de faire un surjet ou des points séparés réunissant les plans profonds, parce que le fil coupe les tissus ou ne trouve pas en eux une résistance suffisante et l'on se contente d'un trompe-l'œil, la réunion de la peau.

Dans tous ces cas le procédé de suture, que nous dénommons suture en lacet de corset, rend de grands services.

Que font les femmes à embonpoint exagéré qui veulent néanmoins conserver les apparences d'une fine taille ?

Leur corset agraffé par devant, les bords postérieurs sont réunis par un lacet lâche qui sous une légère traction maintient ces bords à vingt centimètres l'un de l'autre. La femme de chambre commence alors un rétréci serré de traction de haut en bas sur chacune des anses et les vingt centimètres d'écartement se réduisent à 10 centimètres : même manœuvre une seconde, une troisième fois et la transformation est complète, les bords postérieurs du corset sont en contact maintenant. Transportez ce lacet ou plutôt un fort fil de soie passée en surjet à points très rapprochés sur une perte de substance de 15 à 20 centimètres, faites les manœuvres de la femme de chambre et vous verrez le même résultat s'effectuer : après avoir passé le fil en surjet lâche afin de bien voir l'épaisseur des tissus que vous prenez, et aussi de ménager les anses intestinales qui sous l'influence de la compression qu'elles supportent viennent se mettre avec une grande

facilité devant la pointe de votre aiguille, vous faites avec un crochet mousse une traction sur chacune des anses sans amener un contact parfait qui sera obtenu dans la série suivante des tractions : L'on est même assez étonné de voir les tractions nécessaires pour obtenir ce résultat n'être que relativement modérées.

Il peut arriver que le plan musculo-aponévrotique, tout en étant bien adossé, présente une réunion incomplète de l'aponévrose. Rien n'est plus facile à ce moment, que de réunir par un surjet fin ces bords aponévrotiques entre lesquels quelques fibres musculaires font hernie.

***

Voici maintenant quelques expériences d'amphithéâtre que nous avons faites à ce sujet.

EXPÉRIENCE I. — Sur une femme à paroi abdominale de moyenne épaisseur nous réséquons au-dessous de l'ombilic un losange de tous les tissus, y compris le péritoine. Sur les parties latérales la section a porté sur la partie moyenne et même le tiers externe des droits. L'écartement moyen a plus de vingt centimètres.

Nous essayons d'abord de pratiquer la réunion par des points séparés.

Nous y arrivons très péniblement dans deux endroits, mais après, il devient extrêmement difficile de passer de nouveaux points, parce que les anses intestinales et l'épiploon viennent s'interposer entre les lèvres de la plaie, et sur le vivant nous n'aurions jamais osé passer les derniers fils alors que l'oblitération de la plaie était presque complète, certain de blesser l'iutestin certainement adossé à la paroi. D'autre part, dans plusieurs points, les fils ont arraché les tissus.

EXPÉRIENCE II. — Sur le même sujet, après section des fils précédents, nous pratiquons un surjet lâche à points très rapprochés. Le fil de soie entre et sort à un centimètre environ des bords sectionnés et comprend le péritoine et son fascia, le muscle droit et son aponévrose.

Ce surjet terminé sans l'ombre de difficulté tirée de la présence de l'intestin comme dans l'expérience précédente, nous commençons de haut en bas des tractions sur chaque anse et nous voyons en une seule fois la réunion s'effectuer et sans qu'il soit nécessaire d'effectuer des tractions violentes. Les points avaient été faits très près les uns des autres : c'était inutile et ce doit l'être dans la généralité des cas quand on opère au-dessous de l'ombilic.

Un second surjet ordinaire réunit alors d'une façon complète les bords du feuillet aponévrotique superficiel.

EXPÉRIENCE III. — Résection elliptique comme la précédente, portant au niveau de l'ombilic et au-dessus. Comme dans les expériences précédentes non seulement la gaine des droits est ouverte, mais encore une partie de ceux-ci est enlevée.

Nous plaçons quelques points séparés à la soie et nous essayons de réunir, malgré des tractions très fortes, dont l'une arrache les tissus compris dans l'anse du fil de soie ; l'adossement est impossible : entre les bords de la plaie il y a un écartement d'au moins 2 centimètres et l'intestin fait hernie à ce niveau, de sorte qu'il est impossible de placer un nouveau fil.

EXPÉRIENCE IV. — Ces fils sur le même sujet sont sectionnés : l'écartement primitif se reproduit. Nous essayons par un surjet simple à points rapprochés à obtenir la réunion et nous n'arrivons pas même au résultat obtenu dans l'expérience précédente. En bas de la perte de substance l'intestin est en hernie et il n'est plus possible sur la blessure de poser une anse.

EXPÉRIENCE V. — Sur le même sujet après avoir enlevé le surjet précédent, nous plaçons une compresse de gaze sur l'intestin au niveau de la perte de substance et nous commençons un surjet lâche mais à points un peu serrés. Arrivés au bas de la plaie, ce qui s'est fait sans difficulté, nous rapprochons mais incomplètement les bords cruentés en retirant, au fur et à mesure des tractions, la gaze qui protégeait l'intestin.

La réunion est presque complète ; à une seconde séance de traction nous voyons l'adossement s'effectuer complètement et sans qu'on voit l'intestin.

Cette dernière expérience nous paraît très démonstrative parce qu'elle portait au-dessus de l'ombilic, et même entre les rebords costaux antérieurs où la tendance à l'écartement, même à la suite d'une section linéaire, est très grande et que par suite la réunion, surtout quand il y a perte de substance, est de ce fait très difficile.

Nous nous sommes posé une objection : que devient le péritoine ? S'adosse-t-il à lui-même ? Là encore nous nous sommes adressé à l'expérimentation. Nous avons enlevé la paroi abdominale du sujet de l'expérience précédente, en laissant naturellement en place le surjet serré. Dans ce cas et dans d'autres nous avons constaté que les bords du péritoine sectionné étaient très bien adossés. Dans quelques endroits il présentait une petite éraillure au niveau du point où les fils exerçaient leur maximum de traction.

Conclusions. — 1° Le procédé de suture, dit en lacet de corset, permet la réunion des parois abdominales suivant le type en étages dans les cas où les autres procédés ne le permettent que difficilement ou incomplètement.

2° Cette suture est indiquée dans :

a) *L'omphalectomie* pour grosses hernies ombilicales;

b) *Dans les éventrations* volumineuses;

c) *Dans les laparotomies* pour péritonite, quand la distension des voies intestinales gêne la réunion ;

d) *Dans les pertes de substance un peu étendues*, comme c'est le cas dans les ablations de fibromes des parois abdominales.

3° Cette suture rend impossible la blessure de l'intestin qui, dans les cas où la réunion est difficile, vient se placer entre les lèvres de la plaie par suite de la compression qu'il subit.

4° Cette suture, permettant une réunion plus complète, expose moins que les autres aux arrachements des tissus compris dans les anses du fil.

ENGSTRÖM (Helsingfors). — Pour réaliser une bonne fermeture de l'abdomen, il convient d'affronter exactement et couche par couche les tissus divisés; on fait une suture à points séparés, comprenant toute l'épaisseur de la paroi. C'est ainsi que j'ai procédé dans mes 196 premières laparotomies. Je n'ai que très rarement observé des hernies consécutives à l'opération.

Depuis lors, mes sutures ont compris encore toute l'épaisseur de la paroi abdominale, mais avant de nouer les fils, j'ai suturé au catgut le péritoine et le fascia. Telle a été ma manière d'opérer dans 354 cas.

Enfin, dans mes 153 dernières laparotomies, j'ai suturé à la soie seulement la peau, le muscle et le fascia, mais non le péritoine, à cause du danger d'infection provenant de la peau, dont l'asepsie absolue est très difficile à réaliser.

J'ai obtenu ainsi de bons résultats. Il faut s'efforcer d'assurer une asepsie et une hémostase aussi complètes que possible. Les sutures ne seront pas trop serrées, pour ne pas entraver la vitalité des tissus,

QUEIREL (Marseille). — Trois points sont acquis au sujet du mode de fermeture de l'abdomen : d'abord il est nécessaire de faire une incision suffisamment longue ; ensuite il ne faut pas se préoccuper de la ligne blanche, et, enfin, on doit employer la suture à étages.

Dans ma pratique personnelle, je commence par fermer le

péritoine au catgut, puis je suture les muscles et les deux aponévroses avec la soie plate et, enfin, je réunis la peau par des points profonds à la soie plate et des points superficiels au crin.

J'ai eu toujours d'excellents résultats avec ce mode de fermeture, excepté dans un cas où il s'agissait d'une neurasthénique à paroi flasque. Je l'ai opérée à nouveau, et, utilisant un procédé décrit par Thiriar, j'ai renforcé la ligne de suture par une lame d'os décalcifié disposée au-dessus du péritoine et transfixée par les fils du plan musculaire. Le résultat a été parfait.

Rein (Kiew). — Je suis entièrement de l'avis de M. Bantock et je crois que, dans la plupart des cas, la suture à points séparés suffira à donner une cicatrice excellente, surtout chez les nullipares à paroi abdominale résistante. Chez les multipares, au contraire, dont la paroi est amincie et affaiblie, il faut employer la suture en surjet.

D. de Ott (Saint-Pétersbourg). — Parmi mes opérées anciennes, j'ai pu en recevoir 65 pour lesquelles l'intervention remontait au moins à deux ans, et je n'ai trouvé qu'une hernie, chez une femme qui avait présenté des accidents septiques au niveau de la plaie opératoire.

W. Latzko (Vienne) déclare qu'il est partisan de la suture à trois étages avec points profonds pour la couche musculaire. En effet, l'étude de nombreuses préparations anatomiques de cicatrices consécutives à diverses méthodes opératoires lui a montré que ce procédé de suture est le meilleur.

Alban Doran (Londres). — J'ai vu un certain nombre de cicatrices d'ovariotomie ; dans quelques cas l'opération remontait à plus de 10 ans. Bien que la production d'une hernie à une date éloignée ne soit par la règle, je dois dire que, dans un cas, la hernie s'est développée à la fin de la cinquième année. Une des causes d'éventration me semble résulter de ce qu'on passe l'aiguille à suture trop loin de la section du péritoine. La séreuse, éversée par le fil, vient alors s'interposer entre la peau et les muscles dont elle gêne la réunion. Un simple rang de sutures interrompues au crin de Florence donne de très bons résultats,

surtout chez les sujets maigres. Lors de malades gras, il faut faire une suture spéciale de la couche aponévrotique avec un surjet au catgut.

Lors de réparation d'une éventration, il est utile de faire trois plans de sutures après avoir avivé la couche aponévrotique ; ce triple rang de sutures est inutile lorsqu'on opère pour la première fois. Aussi je m'en tiens à la vieille suture.

Le véritable ennemi des cicatrices abdominales, c'est la flatulence qui exerce sur elles une pression continue de dedans en dehors. Enfin il est utile que les opérées ne quittent pas trop tôt leur ceinture.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Hystérectomie abdominale totale pour fibro-myômes. — Troisième série de dix nouveaux cas.

Henry Delagénière (du Mans). — En vous apportant une troisième série de dix nouveaux cas d'hystérectomies abdominales totales pour fibro-myômes, je ne viens pas seulement affirmer ma manière de voir sur l'opportunité d'opérer ces tumeurs ; mais je veux surtout appeler votre attention sur la technique opératoire que j'ai suivie et surtout sur les perfectionnements que j'ai cru devoir faire.

Je ne vous apporte rien de définitif, ni même rien de parfait, car notre ennemi le plus redoutable, la septicémie péritonéale, doit toujours nous tenir en éveil. Mais si nous ne savons pas (ou du moins fort mal) combattre ce terrible fléau, nous savons nous mettre en garde contre ses atteintes, et l'éviter presqu'à coup sûr.

Quant aux autres craintes qui hantaient autrefois les chirurgiens, de blesser les uretères ou la vessie au cours de l'opération, d'avoir après l'opération à déplorer des hémorrhagies intra-péritonéales ou des épanchements de sérosité, je pense qu'elles doivent être laissées de côté, si on veut bien suivre pas à pas une technique, longue assurément, mais que je crois d'une sécurité absolue.

L'ouverture de l'abdomen, le désenclavement de la tumeur et son ablation n'ont subi aucune modification.

Nos modifications essentielles ont porté sur trois points principaux :

1° Préparation de la malade.

2° L'hémostase.

3° Soins consécutifs.

Préparation de la malade. — Nous attachons la plus grande importance à ce que la malade suive longtemps avant l'opération un traitement vaginal antiseptique. Ce *traitement préparatoire* doit être regardé comme indispensable chaque fois qu'il est possible. Quand il ne l'est pas, on devra chercher par des procédés plus rapides à atteindre le même but. C'est alors, qu'on aura recours aux injections avec solutions antiseptiques concentrées suivies de pansements vaginaux.

Le pansement vaginal doit comprendre d'abord l'attouchement des parois vaginales avec des liquides antiseptiques ; nous employons l'alcool sublimé à 1 p. 100, puis une solution de sublimé à 1 p. 100 ; puis nous pratiquons un tamponnement lâche du vagin avec de la gaze iodoformée. Ce tamponnement est renouvelé au moment de l'opération. Nous avons soin, quand cela est possible, d'écouvillonner le col avec des mèches de gaze iodoformée.

L'hémostase. — L'hémostase a attiré surtout notre attention. Nous avons adopté la manière de faire suivante qui a le mérite d'être plus rapide et peut-être plus sûre. Nous faisons quatre pédicules pour les quatre troncs artériels. Pour les artères utéro-ovariennes, jamais nous ne faisons, comme au début, le pédicule au commencement de l'opération et cela pour deux raisons : La première est que le plus souvent la ligature glisse pendant la dissection de la collerette, la deuxième que la ligature du pédicule rétrécit le champ opératoire et gêne l'isolement du col, et plus tard pour l'hémostase inférieure. Nous terminons au contraire l'hémostase par ces pédicules.

Pour les artères utérines nous avons adopté la règle suivante : L'artère et ses nombreux rameaux ont été repérés par des pinces au cours de la dissection de la collerette. Au lieu de chercher à isoler sur une seule pince le tronc artériel, ce qui occasionne une perte de temps sensible, je passe dans la paroi latérale du vagin, parallèlement à la section circulaire, une anse

de soie moyenne. Toutes les pinces placées sur l'utérine et ses branches sont renversées vers l'axe du bassin afin de permettre de nouer les chefs du fil en dehors des pinces. Le nœud est fait, puis vigoureusement serré pendant que l'aide enlève toutes les pinces les unes après les autres. Il en résulte une sorte de pédicule latéral solidement fixé au vagin.

Lorsque les deux artères utérines sont ainsi liées, il n'y a plus que la section vaginale qui donne encore un peu de sang. Le meilleur moyen pour obtenir une hémostase sûre est de passer, à la manière de A. Martin, trois anses de soie nº 1 en avant et en arrière pour relier la tranche vaginale. Non seulement on arrive ainsi à arrêter toute hémorrhagie, mais encore en traçant la collerette on en facilite la fermeture.

La fermeture complète du plancher pelvien par la suture est indispensable pour trois raisons principales. D'abord elle met la cavité péritonéale à l'abri de tout épanchement de sang s'il y a hémorrhagie inférieure ; ensuite elle constitue une barrière à l'infection qui peut venir par le vagin ; enfin elle permet le drainage abdominal *simple* qui met à l'abri des conséquences de tout épanchement séreux dans le péritoine.

Le drainage nous paraît devoir être conseillé d'une façon habituelle. Malgré les imperfections des tubes en caoutchouc, nous les croyons préférables aux tubes de verre. L'écoulement des liquides par la plaie se fait spontanément, tandis que les liquides s'accumulent dans les drains en verre et doivent être aspirés ; manœuvre regrettable à cause des dangers d'infection. En outre, la rigidité des drains en verre peut exposer à la compression du rectum, comme cela nous est arrivé chez notre malade du nº 24 et amener de véritables accidents d'occlusion.

Soins consécutifs. — Sous aucun prétexte le drain ne doit rester en place plus de quarante-huit heures. En se conformant à ce précepte les suites opératoires seront absolument semblables à celles des laparotomies non drainées.

On devra veiller avec grand soin au bon drainage de la plaie sous-péritonéale par le vagin. Dans ce but, on renouvellera le tamponnement vaginal quelques heures après l'opération, on le changera ensuite chaque jour pendant cinq ou six jours, puis on commencera les injections antiseptiques.

Telles sont les modifications auxquelles je suis arrivé. Elles sont de minime importance, mais elles apporteront, j'espère, encore plus de sécurité à une méthode qui a fait ses preuves non seulement entre mes mains, mais aussi entre celles du professeur Terrier, de Paul Delagénière, Defontaine, Pantaloni, Monprofit, etc.

Au point de vue de la mortalité, cette troisième série porte à trente le nombre de mes opérations, avec deux morts seulement (les nos 1 et 27).

Doyen (Reims). — Depuis la publication de notre premier procédé d'hystérectomie abdominale par la laparotomie, en septembre 1892, à la première réunion de ce Congrès, où nous avons fait ressortir l'inanité de la méthode d'hémostase préventive et de morcellement de Péan, nous avons modifié notre manuel opératoire et exécuté l'isolement de l'utérus, non plus de haut en bas, par décortication sous-péritonéale progressive, mais de bas en haut dans la position de Trendelenburg.

La tumeur extraite de l'abdomen grâce à un crochet spécial ou à l'aide de la pince et de l'élévateur de Reverdin, pour les très grosses tumeurs, nous perforons le cul-de-sac postérieur du vagin à l'aide d'une pince courbe. La boutonnière agrandie, le col est saisi à l'aide de la pince érigne spéciale, que nous présentons au Congrès, et qui peut recevoir en chirurgie les plus multiples applications. Nous libérons de deux coups de ciseaux les attaches latérales du col, qui s'élève de quelques centimètres. La lèvre antérieure, si elle n'était pas accessible antérieurement, est saisie à son tour, la muqueuse du cul-de-sac antérieur du vagin sectionnée, et le col, attiré en haut, se détache en un instant de la vessie, de bas en haut, et sans danger de lésion des uretères.

L'index gauche est introduit de l'abdomen vers le pubis, sous le ligament large du côté droit, isole de l'utérus l'arcade artérielle utéro-ovarienne, et le ligament est sectionné entre l'ovaire et l'utérus. La tumeur rapidement attirée vers la gauche, du côté de l'opérateur, s'isole en se déroulant en quelque sorte de son enveloppe séreuse et le ligament large de gauche est à son tour sectionné.

Quelques collègues, qui nous ont vu opérer, suivent exacte-

ment notre procédé, mais préfèrent pratiquer l'hémostase préventive des ligaments larges.

C'est ainsi qu'ont récemment opéré Nélaton et Reclus.

Cette modification de notre procédé est absolument inutile, et, comme nous en avons fait bien souvent la démonstration, c'est à peine s'il est nécessaire, au moment de la section des ligaments larges, tout près de l'utérus, de les saisir entre les doigts.

La tumeur enlevée, nous laissons libre le champ opératoire, afin de bien démontrer aux assistants que c'est à peine s'il en jaillit trois ou quatre jets de sang insignifiants.

Nous faisons l'hémostase à ciel ouvert comme dans une simple amputation de sein. Quatre ligatures suffisent d'habitude, y compris la ligature des pédicules tubo-ovariens, qui sont attirés, après résection des annexes, dans le vagin.

La tranche péritonéo-vaginale, qui parfois saigne un peu, est réduite à une simple lèvre par une suture en surjet et le péritoine fermé par une double suture en bourse.

Existe-t-il des adhérences multiples, des fibromes sous-péritonéaux ou ligamentaires, rendant inaccessible le cul-de-sac postérieur du vagin, nous les énucléons rapidement après avoir incisé le péritoine au-dessus d'eux, jusqu'à ce que nous puissions perforer le cul-de-sac de Douglas.

Notre opération convient à tous les cas et nous a donné, sauf une mort extra-opératoire chez une femme de 62 ans, cardiaque, et opérée pour des accidents aigus de compression, qui succomba à une pneumonie cachectique, 34 guérisons sur 34 opérations presque toutes graves, au-dessous de 60 ans. Notre premier procédé, publié en 1892, où nous pratiquions la forcipressure vaginale des ligaments larges, suivie du tamponnement, nous avait donné pour 26 cas, 3 décès opératoires.

Notre procédé actuel est non seulement le plus simple et le plus rapide des procédés connus, mais aussi le plus sûr, car il a donné jusqu'ici, entre les mains de divers chirurgiens, les résultats les plus satisfaisants qui soient connus pour l'hystérectomie abdominale dans les cas de tumeurs utérines volumineuses, soit 147 cas avec 7 décès, ou 4,7 p. 100.

De ces 7 décès, 1, pour ce qui nous concerne, devrait être retranché de ce chiffre, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Depuis que nous prenons soin de lier, au lieu de les pincer, les

pédicules tubo-ovariens et de les attirer dans le vagin, pour fermer au-dessus par un double surjet ou une double ligature en bourse le péritoine pelvien, nous n'avons donc pas eu un seul accident opératoire.

La cavité péritonéale est même plus nette qu'après l'ovariotomie, car elle ne renferme aucun pédicule, ceux-ci se trouvant dans le vagin. Il est donc aisé de l'aseptiser complètement.

Voici le détail de cette statistique :

Snéguireff, de Moscou................	82	cas,	4	morts
Doyen..............................	35	—	1	mort.
(1 mort à l'âge de 62 ans par broncho-pneumonie, sans lésions péritonéales).				
Fargas, de Barcelone................	13	—	1	—
Goubaroff, de Dorpat................	8	—	0	—
Bordallo, de Lisbonne................	7	—	1	—
Taylor, de Birmingham................	1	—	0	—
Nélaton et Reclus, de Paris...........	1	—	0	—
	147	cas,	7	morts

Soit 4,7 p. 100.

Snéguireff et Goubaroff ont, comme Nélaton et Reclus, tout en suivant les principes généraux de notre méthode, apporté quelques modifications de détails.

Snéguireff, dont l'immense pratique a pu lui permettre de faire, depuis mars 1894, le nombre considérable de 97 hystérectomies abdominales totales, car il opère par ce procédé outre les fibromes, des cas de cancer et de salpingites suppurées (15 cas avec 2 morts), nous écrivait avant-hier qu'il n'avait pu rencontrer un seul cas de tumeur utérine, si compliquée qu'elle fût, qu'on ne puisse extirper avec succès par ce procédé.

Si notre chiffre personnel d'opérations paraît relativement faible, il n'y faut voir que l'effet de notre prédilection pour l'hystérectomie vaginale toutes les fois qu'elle est possible.

Nous ajouterons enfin que les quelques modifications apportées par Snéguireff, Goubaroff, Nélaton, Reclus et quelques chirurgiens à notre procédé personnel, seront abandonnées par leurs auteurs mêmes, dès qu'ils auront pu s'affranchir de la crainte du sang, et se persuader, en osant un peu plus, que moins on redoute l'hémorrhagie et plus on opère vite, moins on s'expose à perdre de sang.

Fargas, de Barcelone, qui met en pratique notre méthode intégrale, et professe, comme nous, un juste mépris pour ces artérioles utérines qui ont tant effrayé Péan et beaucoup d'autres chirurgiens, bien que leur volume soit réellement inférieur à celui de l'artère radiale, est dans le vrai. Son exemple, déjà suivi par beaucoup de collègues, contribuera, en faisant connaître l'inanité de l'hémostase préventive, à remettre en honneur le *cito, tuto et jucunde* de nos anciens maîtres, trop longtemps délaissé par des méthodes d'hésitation et de tâtonnement. ....

....

Kystes du vagin.

H. Brodier (Paris). — Je rapporte ici deux cas intéressants en raison d'abord de la nature de l'affection, ensuite de l'identité d'évolution des lésions.... .. . .

1er *cas.* — Femme de 29 ans. Grand kyste de la paroi antérieure du vagin avec petit kyste inclus dans le précédent; il est apparu après l'accouchement. Incision du gros kyste. Contenu presque exclusivement muqueux. Extirpation du petit kyste. Guérison.

2e *cas.* — Femme de 65 ans. Grand kyste de la paroi antérieure du vagin chez une malade soignée à tort pour une cystocèle et une uréthrite. Ce kyste est survenu après l'accouchement, il y a dix-huit ans.

De ces deux faits, je tirerai les remarques suivantes :

I. — Ces deux variétés de kystes appartiennent aux kystes congénitaux en raison de leurs rapports utérins avec l'urèthre, de leur contenu et de leurs grandes dimensions longitudinales, puisqu'ils remontaient jusqu'au niveau du cul-de-sac antérieur.

II. — Un examen trop rapide peut faire croire à une cystocèle, surtout quand la paroi du kyste est épaisse et flasque comme dans le deuxième cas.

III. — Ces kystes ne se sont révélés qu'après l'accouchement et par des douleurs vaginales antérieures qui ont pu faire croire à une uréthrite.

Bien que la première malade ait guéri sans intervention radicale, puisque je n'ai enlevé que le petit kyste inclus dans le grand, je crois que l'extirpation est le procédé de choix. (*A suivre.*)

Le Gérant: G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1896

TRAVAUX ORIGINAUX

LA SEGMENTATION ET LA FORMATION DU BLASTODERME

BLASTULA ET GASTRULA (1)

Par **Mathias Duval.**

La segmentation de l'œuf et la formation du blastoderme ont lieu d'après des processus différents, selon la constitution primitive de l'œuf (ovule, œuf ovarien). Il importe donc de bien préciser d'abord les différences que présentent les ovules et qui tiennent uniquement à la plus ou moins grande abondance de matériaux nutritifs (provisions nutritives, deutoplasma ou lécithe) sous forme de gouttelettes de graisses, de granulations de sphères ou plaquettes albuminoïdes (tablettes vitellines). Le protoplasma proprement dit étant dit *vitellus formatif*, et le deutoplasma ou lécithe étant dit *vitellus nutritif*, une importante classification des divers ovules a été faite selon la proportion relative de vitellus formatif et de vitellus nutritif qu'ils renferment. On a distingué trois catégories d'ovules ou œufs.

1° Les œufs, qui, comme l'ovule des mammifères ou de

(1) Cet article est extrait d'un *Précis d'histologie*, qui doit paraître dans un bref délai. Nous devons à l'obligeance de M. G. Masson la communication des clichés des figures de cet extrait.

l'amphioxus, ne renferment que très peu de provision nutritive; on devrait donc les nommer *oligolécithes;* mais considérant comme insignifiante leur quantité de substance lécithique, on les a nommés *alécithes*, ou bien *holoblastiques* (ὅλος, seul, entier; βλαστος, germe), puisqu'on les considère comme formés presque uniquement de protoplasma formateur. Ces œufs se segmentent en totalité, et les segments, les cellules produites, sont à peu près d'égal

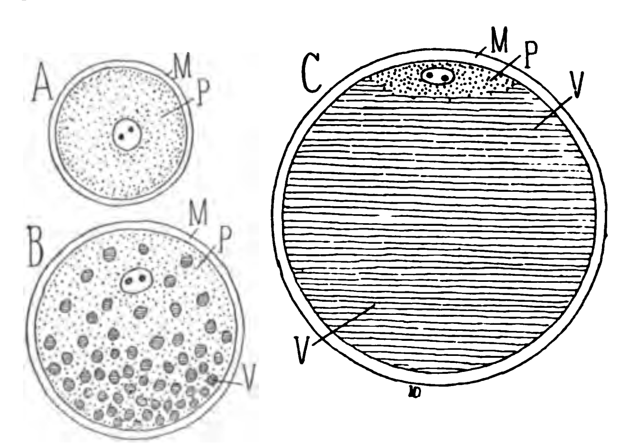


FIG. 1. — Schéma de l'ovule *alécithe* ou à segmentation totale (A), de l'ovule *panlécithe* ou à segmentation totale mais inégale (B), et de l'ovule *télolécithe* ou à segmentation partielle (C).

M. Membrane vitelline. — P. Protoplasma ou vitellus formatif. — V. Vitellus nutritif (il est figuré par toutes les parties ombrées de traits horizontaux).

volume; d'où le nom d'*œufs à segmentation totale et égale* (fig. 1, en A).

2° Les œufs qui, comme l'ovule des batraciens, renferment une grande provision nutritive, distribuée dans toutes les parties de l'œuf, d'où le nom de *panlécithes ;* mais cette distribution n'est pas égale; vers un pôle de la sphère de l'œuf le protoplasma renferme peu de lécithe, et c'est dans cette région excentrique qu'est placé le noyau; vers le pôle opposé, et graduellement à mesure qu'on va du précédent

vers celui-ci, les éléments lécithiques deviennent plus nombreux, puis dominent. Cependant, ces œufs se segmentent en totalité, et peuvent être dits dans ce sens *holoblastiques* ; mais cette segmentation est inégale, donnant des segments ou cellules filles petites dans la région de protoplasma presque pur, volumineuses dans la région riche en lécithe. Ce sont donc des *œufs à segmentation totale*, mais *inégale* (fig. 1, en B).

3° Les œufs qui, comme ceux des reptiles, des poissons et des oiseaux, sont nettement divisés en deux parties : l'une de protoplasma pur ou vitellus formatif, avec le noyau (cet ensemble forme le germe, la *cicatricule* du jaune de l'œuf d'oiseau) ; l'autre, beaucoup plus volumineuse, constituée par les matières lécithiques, ainsi mises à part, éloignées du vitellus formatif, d'où le nom d'ovules *telolécithes* (τελος, loin). Dans ces ovules, la segmentation ne porte que sur la petite masse de vitellus formatif ; le vitellus nutritif reste indivis, formant une masse sous-jacente au germe, et dans laquelle les cellules de celui-ci puisent les substances nécessaires à leur développement. Ce sont des œufs *méroblastiques* (μερος, partie, partiellement), ou à *segmentation partielle* (fig. 1, en C).

Les stades successifs que présente l'œuf, depuis le début de la formation du blastoderme, peuvent être ainsi divisés : 1° Du début de la segmentation à la formation de la *blastula*; 2° transformation de la blastula en *gastrula*, ou blastoderme à deux feuillets primaires ; 3° apparition du feuillet moyen, blastoderme tridermique.

SEGMENTATION ET FORMATION DE LA BLASTULA

Œufs à segmentation totale et égale. — Le type nous en est donné par l'œuf de l'amphioxus, qui est classiquement considéré comme un ovule *alécithe* (mieux dit *oligolécithe*) quoiqu'il n'y ait pas réellement d'œuf complètement dépourvu de vitellus nutritif, ni par suite à segmentation parfaitement égale ; mais l'œuf en question se rapproche sensiblement de ce type idéal.

La segmentation de l'œuf se fait par les processus de la caryocinèse; ceci étant dit une fois pour toutes, nous n'avons plus à nous occuper ici de ce qui se passe dans l'intérieur de la cellule pendant cette division, mais seulement du résultat de cette division, c'est-à-dire de ce fait que deux cellules se produisent aux dépens d'une cellule préexistante, et que les deux cellules filles se montrent bien distinctes,

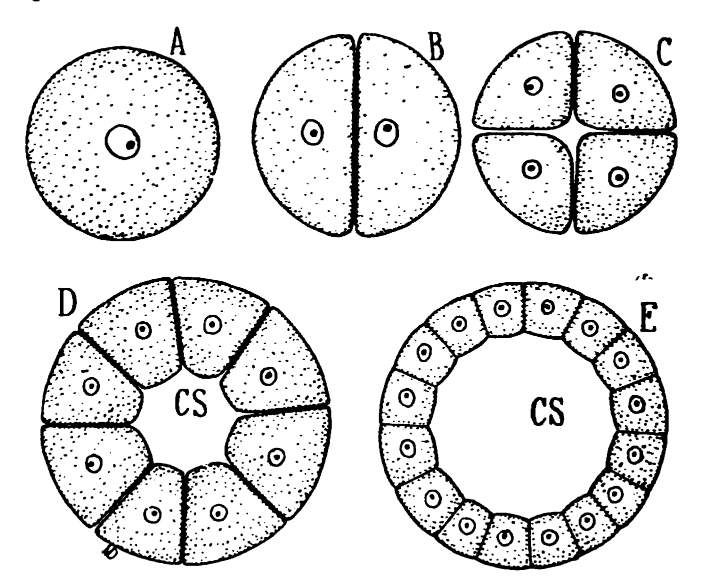


Fig. 2. — Segmentation et blastula de l'œuf de l'amphioxus (type d'œuf alécithe, *archiblastula*).

A. L'œuf fécondé. — B. Début de la segmentation : stade de deux segments. — C. Stade de quatre segments. — D. Suite de la segmentation. — CS. Cavité de segmentation. — F. Stade de la blastula (*archiblastula*) avec la large cavité de segmentation (CS).

séparées par un léger écartement qu'on appelle plan de segmentation ou sillon de segmentation.

Cette segmentation est très simple chez l'amphioxus : un premier sillon de segmentation sépare deux cellules provenant de la division de l'œuf (fig. 2, en B) ; aussitôt ces deux cellules se divisent à leur tour, mais le plan de cette nou-

velle segmentation est perpendiculaire à celui de la première, c'est-à-dire que l'œuf se trouve divisé en quatre segments égaux, ayant chacun la valeur d'une cellule, comme le montre la figure 2, en C. Puis chacun de ces segments se divise à son tour, de façon qu'il se produit une masse composée de huit, de seize, de trente-deux, de soixante-quatre cellules, etc., le processus marchant avec une dichotomie régulière, de manière à produire toujours un nombre pair de cellules.

Les cellules, à mesure qu'elles augmentent en nombre, restent groupées en une masse sphérique; mais elles s'écartent graduellement du centre de cette sphère, pour se tasser à la périphérie. On voit en effet, sur la figure 2, que lorsqu'il n'y avait encore que quatre segments ou cellules, les deux

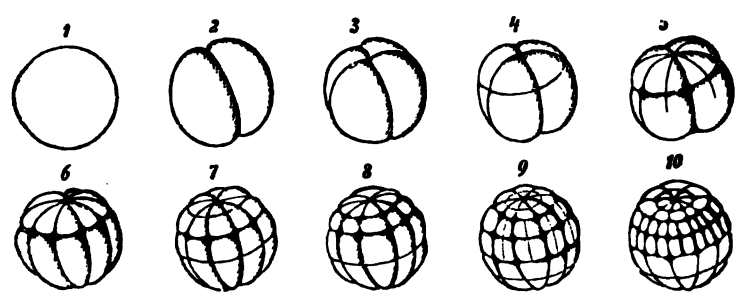


FIG. 3. — Aspect, en surface, des stades de la segmentation inégale (à dispositions géométriques), de l'œuf de la grenouille.

plans ou sillons de segmentation, perpendiculaires l'un à l'autre, se rencontraient dans le centre de la sphère, et là, par leur confluence, par le fait de la forme arrondie des segments, formaient, dès ce moment, une petite cavité centrale. On la nomme *cavité de segmentation*. La division se poursuivant, tous les plans de segmentation qui se produisent successivement viennent passer par ce centre, par cette petite cavité qui s'agrandit graduellement. A un moment donné, cette cavité occupe environ le tiers central de la sphère, et elle est circonscrite par une couche de grosses cellules (fig. 2, D); puis, par divisions successives, ces cel-

lules deviennent plus nombreuses et plus petites ; en même temps la cavité s'est agrandie, et l'ensemble de l'œuf segmenté présente, sur une coupe, les dispositions de la figure 2, en E.

Cette figure représente la *blastula* de l'amphioxus, de l'œuf à segmentation totale et égale. On voit donc que la blastula est une sphère creuse, dont la paroi est formée par une seule couche de cellules et dont la cavité centrale doit porter, de par ses origines, le nom de *cavité de segmentation*. On donne à la blastula de l'amphioxus le nom d'*archiblastula* (nomenclature de Hæckel) pour marquer qu'elle représente le type le plus simple, le type considéré comme primitif (αρχος, premier).

Œuf à segmentation totale et inégale. — L'œuf de la grenouille en est l'exemple classique. Cet œuf présente deux régions, deux pôles qui diffèrent de composition ; au niveau du pôle supérieur (celui qui est noir, et qui se dirige toujours en haut lorsque l'œuf flotte librement), il y a prédominance du vitellus de formation (protoplasma) ; au niveau du pôle inférieur (centre de l'hémisphère blanc qui est tourné en bas quand l'œuf est libre), il y a prédominance du vitellus de nutrition (deutoplasma), et dans les régions intermédiaires, le vitellus de nutrition va en diminuant à mesure qu'on se rapproche du pôle supérieur. Le noyau de l'œuf fécondé est placé dans le protoplasma du pôle supérieur (fig. 4, A). Les deux premiers sillons de segmentation sont verticaux (nous supposons l'œuf flottant dans sa position normale), perpendiculaires l'un à l'autre, et divisent l'œuf en quatre segments égaux, comme une pomme qu'on partagerait en quatre parties, de façon à avoir quatre quarts égaux (fig. 3, en 2, 3) ; mais le sillon de segmentation qui se produit en troisième lieu est horizontal, et passe non plus par le milieu de l'œuf, mais n'intéresse que l'hémisphère supérieur, tout près du pôle correspondant (fig. 3, en 4 ; fig. 4, en C) ; il en résulte que l'œuf est divisé en huit segments, quatre petits en haut, et quatre gros correspondant régions moyenne et inférieure de l'œuf. Dès que cette

inégalité est apparue, elle s'accentue de plus en plus, car la segmentation marche plus vite au pôle supérieur que dans les parties sous-jacentes, c'est-à-dire que les quatre petits segments d'en haut se sont déjà subdivisés en huit ou même en seize, alors que les parties sous-jacentes sont encore à

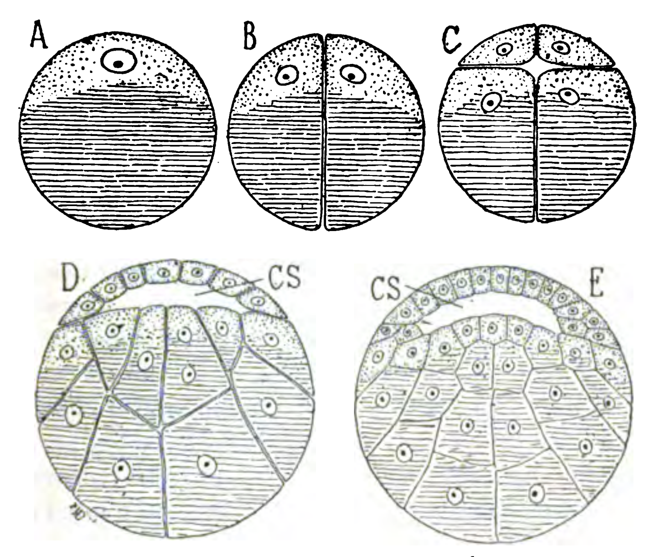


FIG. 4. — Segmentation et blastula de l'œuf de la grenouille (type de l'œuf à segmentation totale mais inégale : œuf panlécithe ; amphiblastula).— Les parties plus chargées de vitellus nutritif (lécithe) sont ombrées de traits horizontaux.

A. L'œuf fécondé, riche en vitellus nutritif, surtout dans ses trois quarts inférieurs. — B. Début de la segmentation ; stade de deux segments égaux. — C. Stade de huit segments inégaux (quatre sur la vue en coupe, comparer avec la fig. 3, en 4), les supérieurs plus petits, les inférieurs plus volumineux (chargés de vitellus nutritif). — D. Suite de la segmentation. — E. Stade de la blastula (*amphiblastula*), avec cavité de segmentation (CS) excentrique et aplatie (plus large que haute).

l'état de quatre segments, ou commencent à peine à se diviser (fig. 3, en 5, 6, 7, 8 ; fig. 4, en D). On voit donc que, si la segmentation est totale, puisque aucune partie de l'œuf ne lui échappe, elle est inégale, puisqu'elle donne de plus pe-

tits segments en haut qu'en bas, elle marche plus rapidement en haut qu'en bas. Par suite, la *cavité de segmentation* (C.S, fig. 4), dont la première indication correspond au point de croisement du sillon horizontal avec les sillons verticaux qui l'ont précédé (C, fig. 4), cette cavité sera excentrique, très proche du pôle supérieur, très éloignée du pôle inférieur. Par les progrès de la segmentation, cette cavité grandira (C S, fig. 4, D) ; mais, par le fait même de l'inégalité des segments situés au-dessus et des segments situés au-dessous d'elle, elle ne pourra prendre la forme sphérique ; elle se présentera finalement sous la forme (sur une coupe de l'œuf) d'une fente creusée dans la moitié supérieure de l'œuf, comme le montre la figure 4, E.

Cette figure représente la *blastula* de la grenouille, la blastula de l'œuf à segmentation totale, mais inégale. Ici encore, la blastula est une sphère creuse, mais la paroi de cette sphère est d'épaisseur très inégale ; elle est mince en haut, où elle est formée de petites cellules ; elle est épaisse en bas, où elle est formée de cellules d'autant plus grosses qu'elles appartiennent à une région plus voisine du pôle inférieur ; enfin la cavité de cette blastula n'est ni sphérique, ni centrale ; elle est aplatie en fente et se trouve reportée près du pôle supérieur. On donne à cette blastula le nom d'*amphiblastula*, pour indiquer que, comme on va le voir, ses dispositions sont intermédiaires entre celles de la précédente et celles de la suivante.

Œuf à segmentation partielle. — L'œuf télolécithe, dont l'oiseau est le type (jaune de l'œuf de la poule), peut être considéré comme un ovule qui, dans la plus grande partie de sa masse, n'est formé que de vitellus nutritif ; il n'y a, comme représentant le vitellus formatif, qu'un petit disque large de deux à trois millimètres, épais à peine d'un millimètre, formé de protoplasma pur, et se montrant comme une petite tache blanche au centre de l'hémisphère supérieur de la spère du jaune (quand le jaune obéit à l'orientation que lui donne son centre de gravité, cette tache, dite *cicatri-*

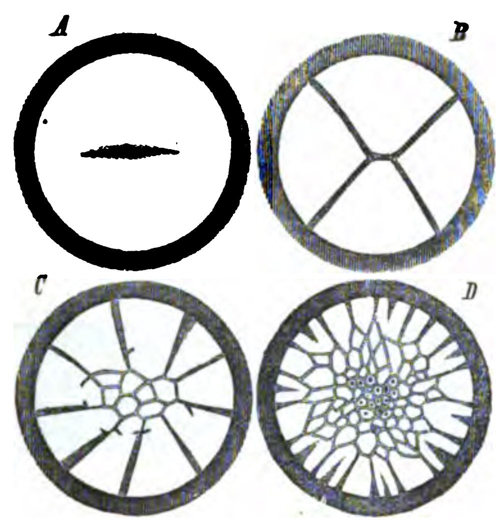


Fig. 5. —Vue en surface des sillons de segmentation sur la cicatricule de l'œuf de poule, d'après Coste.

A. Cicatricule avec le premier sillon. — B. Deux sillons se coupant à angle droit. — C et D. Phases plus avancées ; les segments sont plus petits au centre qu'à la périphérie.

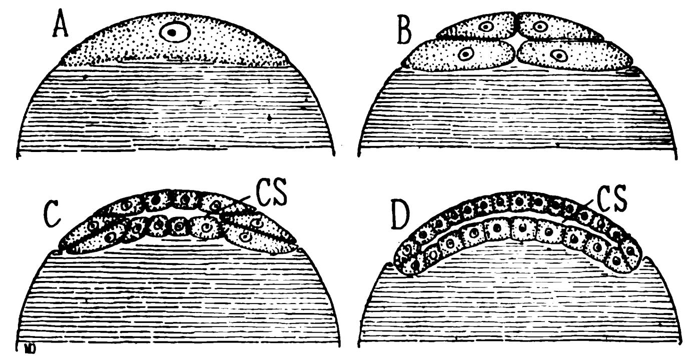


Fig. 6. — Segmentation et blastula de l'œuf d'oiseau (type d'œuf à segmentation partielle : œuf télolécithe ; discoblastula).

A. L'hémisphère supérieur de l'œuf, avec la cicatricule ; le reste, ombré de traits horizontaux, est le vitellus nutritif, qui ne se segmente pas. — B. Début de la segmentation. — C. D. Stade de la blastula (*discoblastula*), en forme de calotte à double paroi, entre lesquelles est la fente CS représentant la cavité de segmentation.

cule, est toujours tournée en haut (1). C'est dans ce petit disque, de forme lenticulaire que siège le noyau (fig. 6, A). Il est donc facile de prévoir que c'est ce disque seul qui se segmentera (fig. 5), toute la masse du jaune n'étant traversée par aucun sillon de segmentation (fig. 6, B). La segmentation est donc tout à fait partielle, quant à la totalité de l'œuf.

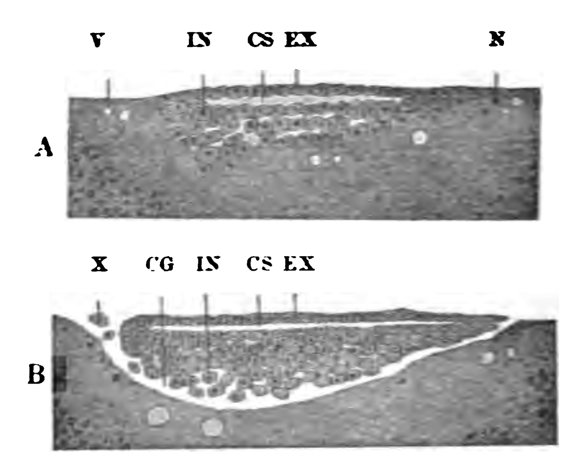


Fig. 7. — Dispositions réelles (non schématiques) de la blastula de l'œuf d'oiseau : Coupes antéro-postérieures de la cicatricule.

A. Stade dans lequel la partie profonde du germe ne s'est pas encore séparée du vitellus sous-jacent. — B. Stade où le germe (cicatricule segmentée) s'est complètement séparé du vitellus sous-jacent (*discoblastula*). — CS. Cavité de segmentation. — CG. Cavité sous-germinale ; elle sera plus tard (voir les schémas de la fig. 10) l'homologue de la cavité de la gastrula. — EX. Couche cellulaire qui représente l'ectoderme. — IN. Couche cellulaire qui représente l'endoderme primitif. — N. Noyaux épars dans le vitellus. — X. Sphères de segmentation (endodermiques) erratiques (déplacées). (D'après Mathias Duval. *Atlas d'embryologie*.)

Elle donne lieu aussi à une cavité de segmentation, mais creusée dans un disque aplati, cette cavité ne pourra avoir d'autre forme que celle d'une fente parallèle aux deux surfaces

(1) Mathias Duval. De la formation du blastoderme dans l'œuf d'oiseau. *Annales des Sciences naturelles, Zool.*, 1884.— *Atlas d'embryologie*, Paris, 1889.

du disque, ainsi que le représente schématiquement la fig. 6, C, D, dont les dispositions sont assez explicites pour nous dispenser de donner plus de détails ; on trouvera de plus, dans la figure 7, en A et B, la représentation exacte (non schématique) de deux stades de ce processus de segmentation.

La figure 6 (en D) représente donc la *blastula* de l'œuf d'oiseau, de l'œuf à segmentation partielle. Ce n'est plus une sphère creuse ; c'est un disque creusé d'une fente qui s'étend horizontalement. On donne donc à cette blastula le nom de *discoblastula*. La discoblastula est superposée, comme une calotte à double paroi, à la sphère de vitellus nutritif, laquelle, répétons-le, n'a pas pris part à la segmentation, est restée à l'état de masse nutritive indivise, qui ne prendra pas non plus part à la formation du corps de l'embryon, mais servira seulement à la nutrition des cellules qui formeront ce corps. On voit donc quelles grandes différences il y a entre l'archiblastula, l'amphiblastula et la discoblastula, et cela uniquement en raison de la constitution primitive de l'œuf qui donne naissance à chacune d'elles.

Mais quelles que soient leurs dispositions spéciales, toutes ces *blastula* présentent ce plan commun d'être formées par des couches de cellules circonscrivant une cavité (cavité de segmentation). La couche de cellules en question, cellules grosses ou petites, sur un seul rang ou sur deux, mérite déjà le nom de feuillet blastodermique ; à cet état le blastoderme est donc formé d'un seul feuillet : il est *monodermique*. Voyons comment de la blastula dérive un blastoderme *didermique*.

TRANSFORMATION DE LA BLASTULA EN GASTRULA : BLASTODERME A DEUX FEUILLETS

Les transformations que subit la blastula se produisent d'une manière différente selon le type de la blastula, tout en obéissant à un plan d'ensemble commun, de même que les diverses blastula obéissent à une formule commune (cavité

de segmentation circonscrite par un blastoderme monodermique). Ces transformations ont pour objet de donner un blastoderme composé de deux feuillets, et le processus qui y aboutit est dit de *gastrulation*, parce que la forme finale est la *gastrula*, dénomination qui sera expliquée par ce qui va suivre. Nous étudierons donc trois modes de gastrulation.

Gastrulation de l'archiblastula (œuf à segmentation totale et égale). — Dans la paroi monodermique de l'archiblastula (fig. 2, E) les cellules continuent à se diviser, à augmenter de nombre, et la sphère tend ainsi à grandir. Mais au lieu de subir uniquement un mouvement d'expansion, elle change de forme : l'un de ses hémisphères, celui qui regarde en bas (*bb*, fig. 8, en A), s'aplatit, puis devient convexe vers le haut, et, pour cela, est obligé d'entrer dans la cavité de la blastula (fig. 8, en B), dans la concavité de l'hémisphère supérieur; ce processus prend le nom d'*embolie* ou d'*invagination*. L'hémisphère invaginé pénètre de plus en plus dans la cavité de segmentation (fig. 8, en C), se rapproche ainsi de l'hémisphère supérieur, à la face interne duquel il vient s'appliquer en le doublant (fig. 8, en D). Dès ce moment, la cavité de segmentation (CS) est transformée en une simple fente qui sépare le feuillet cellulaire de l'hémisphère supérieur (appelons-le dès maintenant *feuillet externe*) du feuillet cellulaire de l'hémisphère inférieur ou invaginé (nous dirons dès maintenant *feuillet interne*). En même temps le large orifice d'invagination se rétrécit ; au début de l'invagination, il répondait à peu près à l'équateur de la sphère de la blastula, et, par le fait du début de l'invagination, l'œuf avait pris la forme d'une demi-sphère (fig. 8, B) ; mais à mesure que l'invagination se poursuit, les bords de la base de cette demi-sphère se rapprochent du centre, l'orifice d'invagination se rétrécit, et l'œuf en voie de développement revient à la forme de sphère complète, avec un petit orifice à son pôle inférieur. C'est ce que représente la figure 8, D. Or cette figure représente la *gastrula* de l'amphioxus, la gastrula de l'œuf à segmentation complète et égale, la

gastrula dérivée de l'archiblastula; on lui donne donc le nom d'*archigastrula*.

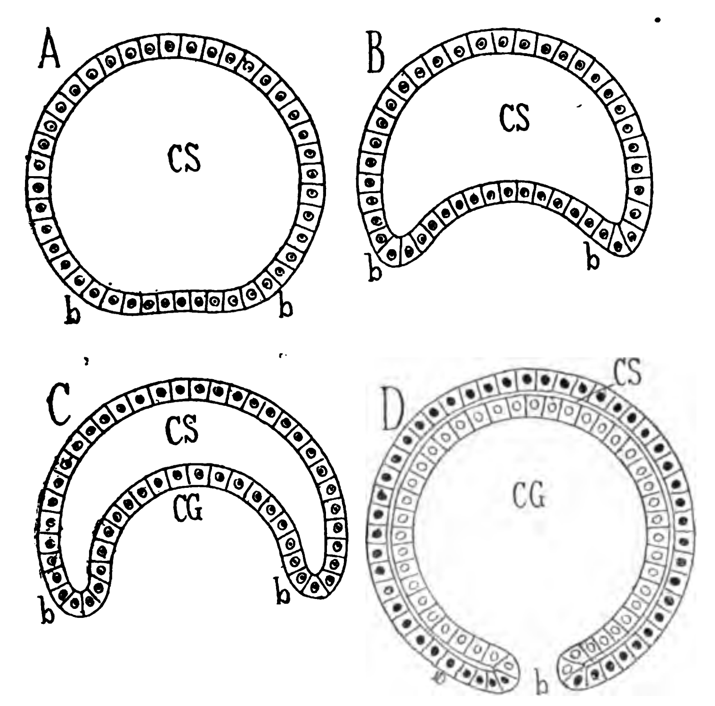


FIG. 8. — Schéma de la gastrulation chez l'amphioxus; transformation de l'*archiblastula* (A) en *archigastrula* (D).

A. L'archiblastula (voir fig. 2, en E). — B. Début de l'invagination ou embolie; *b*, *b*, orifice de l'invagination. — C. L'invagination se poursuit, et la cavité de segmentation (CS) se réduit; CG, cavité d'invagination. — D, Archigastrula; sa cavité (CG) résulte de l'invagination; cette gastrula a pour parois un double feuillet cellulaire; le *feuillet externe* est figuré schématiquement par des cellules à noyaux en noir; le *feuillet interne* par des cellules à noyaux clairs. (Cette manière de désigner ces feuillets sera employée dans les figures suivantes pour les divers types de gastrula.) — La fente qui sépare ces deux feuillets représente l'ancienne cavité de segmentation (CS). — *b*. Bouche de la gastrula.

On voit que cette gastrula est encore une sphère creuse; mais la paroi de cette sphère n'est plus simple, formée d'un

seul feuillet ; elle est double, formée de deux feuillets qu'on nomme *les deux feuillets primaires du blastoderme*, à savoir le feuillet externe, ou *ectoderme*, et le feuillet interne ou *endoderme primitif*. Dans la figure 8, D, les éléments de ces deux feuillets sont représentés selon un mode schématique qui sera employé pour les mêmes parties dans les figures qui vont suivre, sur chaque sorte de gastrulation. D'autre part, la cavité de cette sphère n'est pas la même que celle de la blastula ; la cavité de la blastula s'est réduite à une simple fente (CS) séparant l'ectoderme et l'endoderme primitif ; la cavité centrale actuelle (CG) est une formation nouvelle ; elle est le résultat du processus d'invagination ; aussi la nomme-t-on *cavité d'invagination*, ou *cavité de la gastrula*. Cette cavité de la gastrula communique avec l'extérieur par un petit orifice, qui est l'orifice d'invagination graduellement rétréci, et qu'on nomme la *bouche de la gastrula* (*b*, fig. 8, D). C'est qu'en effet chez nombre d'animaux, cet orifice formera plus tard l'orifice buccal de l'être complètement développé ; il est vrai que chez d'autres il deviendra l'anus. Mais en tout cas, la cavité de la gastrula deviendra le cavité digestive. Nous avons donc l'explication de ce terme de *gastrula*, puisque cette cavité est la future cavité intestinale, stomacale (γαστηρ, estomac).

Disons tout de suite que, en embryologie proprement dite, l'étude de la signification de cette bouche de la gastrula, de ses rapports avec les feuillets blastodermiques, et notamment de ses relations avec l'apparition du feuillet moyen, est une question de premier ordre, dont les solutions ont motivé d'innombrables recherches, de longues théories, de vives controverses ; mais c'est là précisément un des sujets que nous devons laisser entièrement de côté, ne nous occupant pas ici d'organogénie, mais seulement d'histogénèse. Nous éviterons donc, autant que possible, à propos des types suivants de gastrulation, de rechercher et de définir la bouche de la gastrula, nous contentant de préciser

le mode de formation des deux feuillets blastodermiques primaires.

En effet, pour nous, la gastrulation doit être définie, en partant du type de l'amphioxus : le processus par lequel la cavité de segmentation se réduit à une fente séparant l'ectoderme de l'endoderme primitif, ce processus ayant en effet pour résultat de transformer le blastoderme monodermique de la blastula en un blastoderme didermique. Nous venons de voir que pour l'archiblastula tous ces processus s'accomplissent par le mécanisme de l'invagination (*archigastrulation*).

Gastrulation de l'amphiblastula (œuf à segmentation totale et inégale). — La gastrulation de l'amphiblastula ne peut se faire par une véritable embolie ou invagination. Considérons en effet que l'hémisphère inférieur de cette blastula (fig. 4, en E, et fig. 9, en A) forme une épaisse masse de gros segments ; une pareille masse ne peut s'invaginer, rentrer dans la cavité de la blastula (CS) ; elle y est réellement déjà, car elle forme une forte saillie vers le haut, repoussant de ce côté la cavité de segmentation (CS). Celle-ci, d'autre part, n'a pas grand'chose à faire pour se réduire à une fente ; déjà sa disposition est celle d'une fente, à parois un peu écartées. Il se fait donc quelque chose qui n'est pas réellement l'invagination, mais qui la rappelle. La masse qui forme l'hémisphère inférieur de la blastula se creuse ; à partir d'un point (*b*, fig. 9, en A et B) de sa surface il s'y forme une fente ; cette fente pénètre peu à peu dans la masse, s'y dilate, s'y creuse en une cavité centrale (CG, fig. 9, en C), qui, par son mouvement d'expansion, réduit de plus en plus la cavité de segmentation à l'état de fente. Alors la couche de cellules qui est au-dessus de cette fente est le *feuillet externe* (ectoderme), la couche qui est au-dessous est le *feuillet interne* (endoderme primitif), et la cavité centrale, limitée par ce feuillet interne, est la *cavité de la gastrula*. On voit donc que les dispositions aboutissent bien en définitive à celles d'une gastrula ; mais par un procédé qui, différant

de l'invagination type, n'est cependant pas sans analogie avec elle. A mesure que la masse inférieure se creuse d'une cavité, les cellules de l'hémisphère supérieur descendent sur

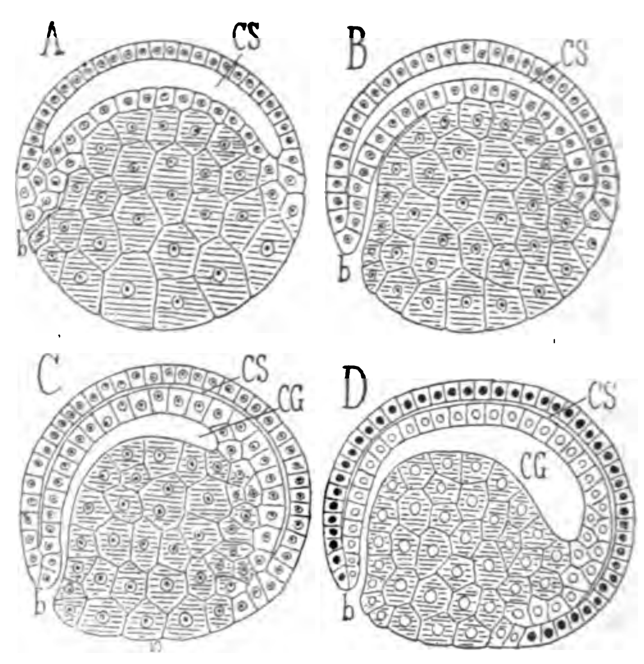


FIG. 9. — Schéma de la gastrulation chez la grenouille ; transformation de l'*amphiblastula* (A) en *amphigastrula* (D).

A. L'amphiblastula, avec sa cavité de segmentation (CS, voir la fig. 4,en E). — B. La masse inférieure de l'amphigastrula se creuse, d'abord par une fente partant du point *b*. — C. Cette fente se développe en une cavité (CG), cavité de la gastrula, tandis que la cavité de segmentation se réduit de plus en plus à l'état de fente (CS). — D. Amphigastrula : le feuillet externe et le feuillet interne schématiquement désignés comme dans la fig. 8. — CG. Cavité de la gastrula. — *b*. Son orifice ou bouche primitive. — CS. Fente, entre le feuillet externe et le feuillet interne, représentant l'ancienne cavité de la blastula.

cette masse et la recouvrent, de sorte que s'il n'y a pas embolie (invagination de l'endoderme dans l'ectoderme), il y a une véritable *épibolie* de ce dernier sur la masse endo-

dermique. On donne à ce processus et à la disposition définitive qui en résulte, les noms d'*amphigastrulation* et d'*amphigastrula* (fig. 9, D).

Gastrulation de la discoblastula (œuf à segmentation partielle). — Puisque la gastrulation, d'après ce qui précède, consiste en la transformation de la cavité de segmentation en une fente qui sépare le feuillet interne du feuillet externe, on voit que, sur l'œuf d'oiseau, dans sa cicatricule, dès l'achèvement de la discoblastula (fig. 6, D), la gastrulation est déjà faite, puisque, en raison même de la forme primitive de cette cicatricule, la discoblastula (fig. 10, en A) n'a qu'une cavité en forme de fente, séparant un feuillet supérieur, qui correspond au feuillet externe (ectoderme) des animaux précédents, d'un feuillet inférieur, qui correspond au feuillet interne (endoderme primitif). Il y a donc eu *abréviation, condensation du développement*, expressions très employées en embryologie pour indiquer ce fait que certains processus, qui s'accomplissent en deux phases bien distinctes et successives chez certains êtres, se font chez d'autres simultanément, d'un seul coup. Mais si, dès le stade de discoblastula, la gastrulation existe déjà (fig. 10, en A), quant à la forme de la cavité primitive de segmentation, et quant à la superposition de deux feuillets (blastoderme didermique), elle n'est cependant pas encore complète, car nous ne voyons pas ce qui représenterait ici la cavité de la gastrula; puisque la masse sous-jacente au blastoderme didermique est une provision nutritive, et puisque la cavité de la gastrula est la cavité digestive, intestinale, c'est en elle que devrait être placée cette provision alimentaire. Et c'est ce qui a lieu en effet: la gastrulation va s'achever par un processus qui aboutit à l'enveloppement du jaune par le blastoderme, de sorte que le blastoderme circonscrira une cavité occupée par ce jaune.

Cet enveloppement du jaune se produit de la manière suivante : au niveau des bords de la discoblastula, le feuillet externe (supérieur) et le feuillet interne (inférieur), qui se continuaient d'abord l'un avec l'autre, se séparent (fig. 10,

en B), et, s'étendant sur le jaune, par multiplication de leurs cellules, opèrent graduellement son enveloppement. Mais, par le fait même de l'indépendance acquise par ces feuillets à la suite de leur séparation, ils ne procèdent pas tous deux aussi rapidement à cet enveloppement ; c'est toujours le feuillet externe qui marche le plus vite, qui est

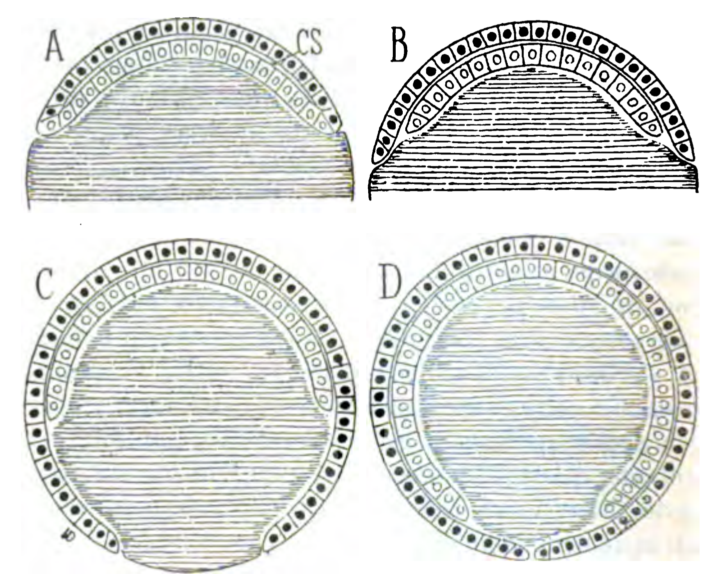


Fig. 10. — Schéma de la gastrulation chez les oiseaux ; transformation de la discoblastula (A) en discogastrula (D).

A. Discoblastula ; déjà à ce stade le feuillet interne et le feuillet externe sont bien distincts ; la cavité de segmentation (CS) est réduite à une fente entre ces deux feuillets ; les processus ultérieurs de la gastrulation ont seulement pour but d'envelopper la masse du vitellus nutritif (figuré par des traits horizontaux). — B. C. D. Phases successives de cet enveloppement. — D. Son achèvement : le feuillet interne est en retard sur l'externe.

en avance sur l'autre ; il a atteint le centre de l'hémisphère inférieur, le pôle inférieur, alors que le feuillet interne n'est encore arrivé qu'à l'équateur (fig. 10, en C), et ce n'est que très tardivement que ce dernier arrive à ce même pôle inférieur, c'est-à-dire finit par doubler entièrement le premier

(fig. 10, en D) ; cet achèvement ne se produit que lorsque déjà, au pôle supérieur de l'œuf, l'embryon a commencé à se dessiner sur le blastoderme (voir plus loin la figure 13). Quoi qu'il en soit, on voit que dès lors la blastula s'est transformée en une véritable gastrula, avec cavité centrale entourée par le feuillet interne et ayant bien la signification d'une cavité digestive, alimentaire, puisque précisément elle renferme la provision alimentaire de l'œuf. On voit de plus qu'ici cette cavité s'est produite par un processus qui, à aucun égard, ne rappelle l'invagination ou *embolie,* qui est même l'opposé de l'embolie, puisque, au lieu que la cavité résulte d'un refoulement d'une moitié de la blastula dans l'autre, c'est la blastula qui s'est étendue autour d'une cavité représentée par son futur contenu, par la masse du jaune. On donne à ce processus d'extension du blastoderme (et tout d'abord de l'ectoderme) autour d'une cavité idéale, le nom d'*épibolie*, et on dit que la *discogastrula* achève sa gastrulation, chez l'oiseau, par épibolie.

Nous sommes donc arrivés, en définitive, à trois types différents de gastrula : l'*archigastrula*, l'*amphigastrula*, la *discogastrula*, correspondant chacune à son archiblastula, amphiblastula et discoblastula, et cela toujours uniquement en raison de la constitution primitive de l'œuf qui donne naissance à chacune d'elles. On voit donc combien il était important de classer dès le début les œufs selon leur teneur en vitellus nutritif ou deutoplasma.

Toutes ces gastrula sont formées par un *blastoderme didermique :* il nous reste donc à voir comment ce blastoderme passe à l'état *tridermique*, c'est-à-dire arrive à être composé de trois couches cellulaires bien distinctes, de trois feuillets au lieu de deux seulement (interposition du *mésoderme* entre l'ectoderme et l'endoderme).

FORMATION DU FEUILLET MOYEN. BLASTODERME TRIDERMIQUE

Le stade tridermique se produit alors que les premiers

linéaments du corps de l'embryon commencent à se dessiner, et que certains de ses organes sont déjà indiqués par leurs ébauches primitives aux dépens de l'un des feuillets primaires, le feuillet externe ou ectoderme. Ces processus n'ont pas à être étudiés ici, ils sont du ressort de l'embryologie proprement dite, de l'organogénie; et cependant il faut que nous en disions quelques mots, exactement ce qui est indispensable pour nous fournir des points de repère dans les études qui vont suivre, et puis aussi parce que nous avons à poursuivre l'indication des différences qui continuent à se présenter, selon que l'œuf est à segmentation totale et égale, ou à segmentation totale et inégale ou enfin à segmentation partielle.

Ébauche de l'embryon. — Dans les œufs à segmentation totale et égale (*archiblastula, archigastrula*), la gastrula entière, le sac gastruléen dans sa totalité se transforme en embryon : à cet effet, ce sac (fig. 11 en A) cesse d'être sphé-

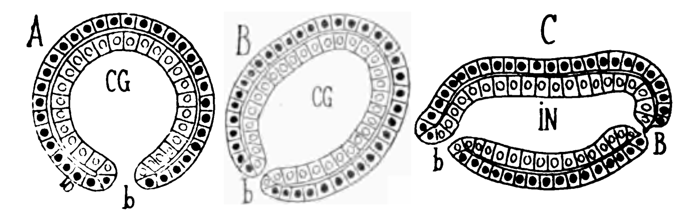


FIG. 11. — Transformation de l'archigastrula en embryon (amphioxus).

b. La bouche primitive de la gastrula (A) devient l'orifice anal de l'embryon (C) ; la cavité CG de la gastrula (A) devient cavité intestinale (IN), et un orifice buccal (B) se produit à l'extrémité antérieure de l'embryon.

Le feuillet externe et le feuillet interne sont schématiquement rendus bien distincts par la manière dont sont figurés les noyaux de leurs cellules ; noyaux en noirs pour le feuillet externe.

rique ; il s'allonge en fuseau : ce fuseau est creux (cavité de la gastula), ouvert à une de ses extrémités où se trouve la bouche de la gastrula; cette extrémité sera l'extrémité postérieure du corps, et la bouche primitive de la gastrula (fig. 11, en A) deviendra l'orifice anal (ce n'est que chez les

invertébrés que cette bouche primitive conserve définitivement son rôle d'orifice buccal, d'orifice d'ingestion, au lieu de devenir orifice d'éjection) ; mais il se forme à l'autre extrémité une ouverture nouvelle (B, fig. 11, en C), qui sera la vraie bouche, la bouche définitive, et alors cette ébauche d'embryon réalise le schéma le plus simple d'un être pourvu d'un tube digestif (cavité de la gastrula, IN, fig. 11), avec un orifice à chaque extrémité de ce tube (*b* et B).

Dans les œufs à segmentation totale, mais inégale (*amphiblastula, amphigastrula*), les choses se passent à peu près de même. L'œuf entier, la totalité de la gastrula s'allonge en un corps fusiforme, acquiert bouche et anus à ses extrémités, et la cavité de la gastrula devient la cavité du tube digestif (fig. 12) ; mais la paroi inférieure de ce tube digestif (IN)

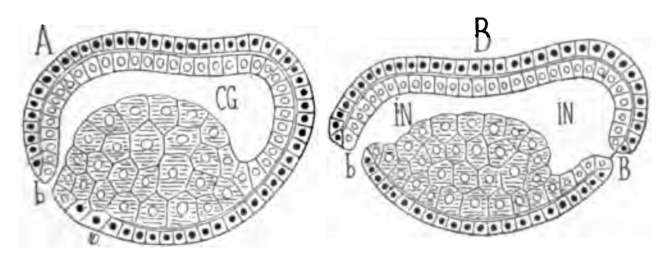


Fig. 12. — Transformation de l'amphiblastula (A) en embryon (B. Têtard de grenouille).
Lettres comme dans la figure précédente.

est épaisse, renferme de grosses cellules (sphères de segmentation encore volumineuses à ce stade), de sorte que des provisions nutritives sont contenues non dans la cavité digestive, mais dans l'épaisseur de sa paroi ventrale.

Dans les œufs à segmentation partielle (*discoblastula, discogastrula*), les choses se passent d'une manière tout à fait différente, et la différence est toujours la conséquence de ce que cet œuf était primitivement composé de deux parties bien distinctes, le vitellus formatif (germe, cicatricule) et le vitellus nutritif (jaune). C'est la région supérieure de la gastrula,

celle qui répond à la place primitive de la cicatricule, qui seule se transforme en embryon. A cet effet, il se forme (fig. 13, en A), sur le sac gastruléen, un étranglement qui, graduellement, le divise en deux parties bien distinctes, mais d'inégal volume, l'une supérieure, ou *ébauche de l'embryon* (fig. 13 : *ep*, extrémité postérieure ; *ea*, extrémité antérieure du corps de l'embryon), l'autre inférieure ou *sac vitellin* (VO). La partie supérieure se comporte alors comme se comportait, dans les types précédents, l'œuf entier ; elle s'allonge en un corps fusiforme, creusé d'une cavité, qui est la partie supérieure de la cavité de la gastrula, et qui prend les caractères d'un tube digistif (IN) en acquérant un anus (*b*) à l'une de ses extrémités, une bouche (B) à l'autre (fig. 13, D). La partie inférieure (VO) reste à l'état sphérique ; sa cavité, qui est la partie inférieure, de beaucoup la plus grande, de la cavité gastruléenne, renferme le vitellus nutritif, d'où son nom de *sac vitellin* ; comme l'étranglement qui a séparé ces deux parties n'est pas complet, n'est pas allé jusqu'à les détacher l'un de l'autre, le sac vitellin communique avec la cavité intestinale par un orifice étroit, dit orifice ombilical (qui correspond à la région du futur ombilic du sujet complet), et c'est pourquoi ce sac vitellin porte aussi le nom de *vésicule ombilicale*. Ainsi tout peut se résumer en disant que l'embryon des œufs à segmentation partielle possède une annexe, la vésicule ombilicale, appendue à sa face ventrale, tandis que les embryons des œufs à segmentation totale, qu'elle soit inégale ou égale, n'ont pas d'annexe, pas de vésicule ombilicale, par suite pas d'ombilic.

Quoi qu'il en soit, dans tous les œufs, nous voyons se former une ébauche embryonnaire se présentant comme un corps fusiforme, auquel on peut distinguer une extrémité antérieure, une extrémité postérieure, une cavité intestinale, une paroi dorsale du corps, une paroi ventrale et deux parois latérales. On comprendra que nous avions besoin d'établir ces faits, si rapidement et si schématiquement que nous les ayons esquissés, lorsque nous dirons que le troisième feuillet,

le feuillet moyen (mésoderme), dont il nous reste à étudier l'apparition, se produit d'abord dans la paroi dorsale du corps. Mais avant de l'étudier, il nous faut, pour arriver à une orien-

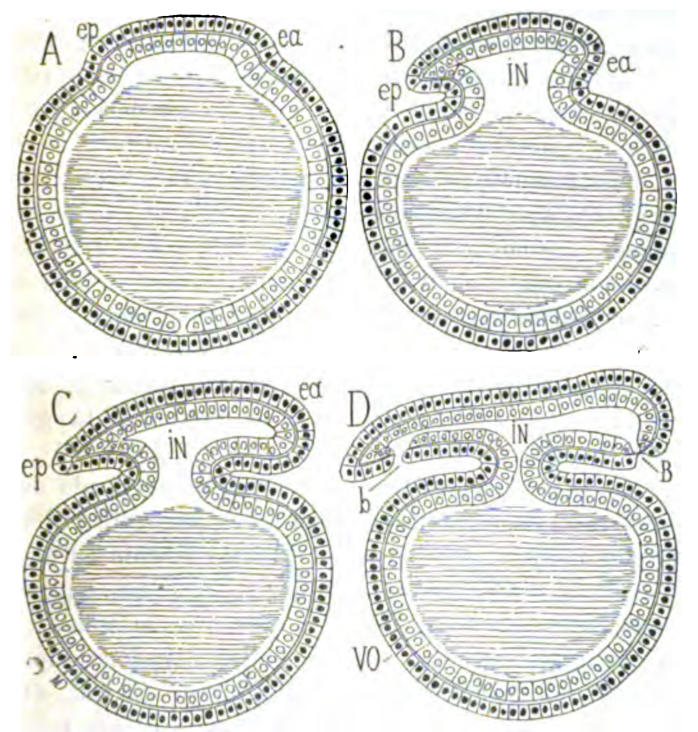


FIG. 13. — **Production de l'embryon sur la discogastrula (développement de l'oiseau).**

A. Le corps de l'embryon indiqué par le soulèvement en *ep* (extrémité postérieure) et *ea* (extrémité antérieure). — B. C. D. L'embryon se sépare de plus en plus du reste de l'œuf.— VO. vésicule ombilicale. — IN. intestin. — *b*. Anus. — B. Bouche.

tation suffisante, indiquer encore une formation qui, dans cette paroi dorsale du corps, apparaît de très bonne heure, aux dépens du feuillet externe, nous voulons parler de l'*axe nerveux cérébro-spinal*.

L'*axe nerveux cérébro-spinal* de tout vertébré adulte peut

être considéré comme un tube (canal central de la moelle épinière) s'étendant longitudinalement dans la paroi dorsale du corps. Ce tube se forme, selon un processus commun en embryologie, par une gouttière (fig. 14 et 17, en A), dont les bords se rapprochent (fig. 14 et 17 B, et C) et se soudent (fig. 14, D) de façon que la cavité ouverte de la gouttière devient la cavité close du canal. Cette gouttière se dessine à la surface de la paroi dorsale de l'ébauche de l'embryon, et elle parcourt longitudinalement la ligne médiane de cette paroi dorsale. Puisque l'ébauche embryonnaire est fusiforme, allongée, nous pouvons pratiquer sur elle des coupes bien orientées. Examinons donc, d'une manière plus précise, ce que nous montre une coupe faite perpendiculairement à l'axe de cette ébauche fusiforme (*coupe transversale*, par opposition à *coupe longitudinale* ou faite selon la longueur, selon l'axe du corps), au moment de la production de la gouttière médullaire.

La fig. 14 nous représente cette coupe transversale de la paroi dorsale du corps ; il ne s'agit ici en particulier ni d'un embryon d'un œuf à segmentation totale inégale ou égale, ni d'un œuf à segmentation partielle ; le processus, que nous devons seulement indiquer, est à peu près le même chez tous ; la figure est d'une valeur générale, schématique. La gouttière, qui doit donner le tube nerveux central, étant coupée perpendiculairement à son axe, se présente sous la forme de la dépression figurée en GM ; cette dépression est formée par une partie épaissie de l'ectoderme, dite *lame médullaire* (future *moelle épinière*), et comme cette dépression est symétrique, on peut distinguer une lame médullaire droite et une lame médullaire gauche. Or, en examinant, sur des coupes transversales, l'état des choses sur des embryons de plus en plus avancés, on voit que le bord externe de chaque lame médullaire se soulève (fig. 14, B et C) et leur ensemble, c'est-à-dire la *gouttière médullaire*, se creuse de plus en plus ; en même temps ces bords se rapprochent de a ligne médiane, c'est-à-dire se rapprochent l'un de l'autre,

arrivent au contact et finalement se soudent. La gouttière s'est transformée en *canal*. Au niveau de la ligne médiane de soudure, les parois de ce canal adhèrent encore à l'ectoderme, dont elles proviennent ; mais bientôt la séparation se fait, le canal médullaire, l'axe nerveux cérébro-spinal se trouve devenu indépendant (fig. 14, D), appliqué à la face in-

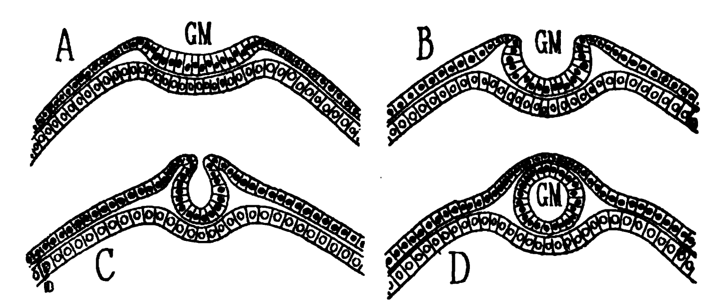


Fig. 14.— Schéma de la formation de l'axe nerveux cérébro-spinal (coupes transversales du corps de l'embryon).

De A à D, la gouttière médullaire (GM), formée par le feuillet externe seul, se transforme en canal médullaire (GM) par rapprochement, puis soudure de ses bords, et ce canal médullaire s'isole du feuillet externe qui lui a donné naissance. (Voir aussi la fig. 17, p. 415.)

férieure ou profonde de la région médiane de l'ectoderme de la paroi dorsale du corps.

Nous venons ainsi d'assister à un premier exemple de dérivation blastodermique des éléments anatomiques ; nous venons de constater que les cellules du tube nerveux, c'est-à-dire toutes les cellules nerveuses qui en proviendront ultérieurement, sont d'origine ectodermique. Mais pour le moment nous n'insistons pas sur cette question. L'essentiel c'est que nous pouvons, par la connaissance de la situation du canal ou tube médullaire, nous orienter dans une coupe transversale de la paroi dorsale de l'ébauche embryonnaire.

ORIGINE DU FEUILLET MOYEN OU MÉSODERME ; CORDE DORSALE

C'est pendant la production du canal médullaire qu'apparaît le mésoderme, ou tout au moins peut-on dire que lorsque les *formations mésodermiques* sont nettement différenciées, on ne peut les étudier qu'en précisant leurs rapports avec le canal médullaire. Pour ces formations mésodermiques, il faut encore distinguer selon que les embryons appartiennent à un œuf à segmentation totale et égale, ou inégale, ou partielle.

a) Pour l'*œuf à la segmentation totale et égale (archigastrula)*, c'est-à-dire chez l'amphioxus, les formations mésodermiques proviennent de l'endoderme primitif, par un processus d'évagination, c'est-à-dire par formation de diverticules creux qui communiquent d'abord avec la cavité gastruléenne, puis s'en séparent. Ces formations sont au nombre de trois : une médiane, impaire ; et deux latérales, paires, et identiques de chaque côté.

La formation médiane apparaît d'abord sous la forme d'une gouttière de l'endoderme primitif (*ch*, fig. 15, en A), exactement au-dessous et tout le long de la gouttière ou du canal médullaire. Cette gouttière, selon le processus déjà décrit pour celle qui donne naissance à l'axe nerveux, se ferme par rapprochement (fig, 15, A, B), puis soudure de ses bords, et enfin se sépare de l'endoderme dont elle provient (fig. 15, C). On a alors, dans l'axe de l'embryon, exactement le long de la paroi inférieure du tube médullaire, un petit tube, dont la lumière très étroite disparaît de bonne heure et qui se transforme ainsi en un mince cordon cellulaire régnant sur presque toute la longueur de l'embryon ; c'est ce qu'on nomme la *corde dorsale (chorda dorsalis)* ou *notochorde* (νοτος, dos).

Les formations latérales apparaissent de même comme des évaginations (*sm*) de l'endoderme primitif, de chaque

côté de l'évagination qui forme la corde dorsale. Ces évaginations se présentent d'abord comme de vastes sacs creux, interposés entre l'ectoderme et l'endoderme primitif des régions dorsales et latérales de l'embryon, et communiquant avec la cavité gastruléenne (cavité intestinale) ; puis, tou-

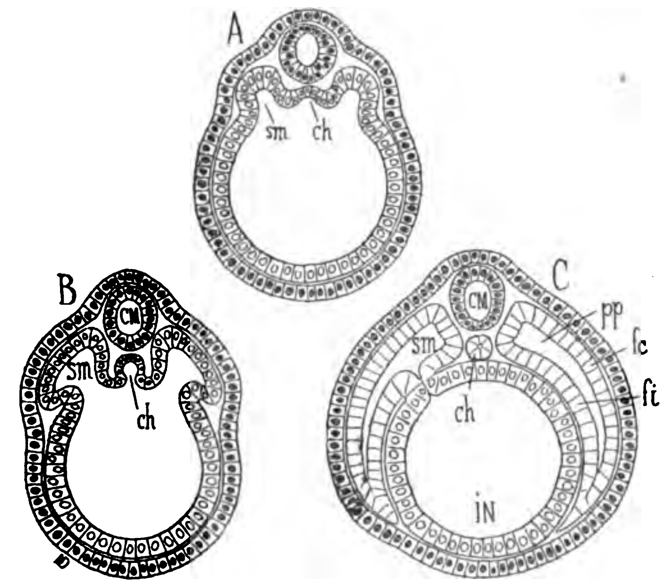


Fig. 15. — Formation du feuillet moyen chez l'amphioxus (archigastrula).

A et B. — *ch.* Formation de la corde dorsale. — *sm.* Formation des sacs mésodermiques.

C. — La corde dorsale *(ch)* est formée et isolée de l'endoderme. — *pp.* Cavité pleuro-péritonéale du mésoderme. — *fc.* Lame fibro-cutanée. — *fi.* Lame fibro-intestinale. — IN. Cavité intestinale.

A partir du schéma C (ainsi que dans les figures suivantes), les cellules du mésoderme sont représentées sans noyaux, pour rendre évidente la distinction de ce feuillet blastodermique d'avec l'ectoderme (noyaux foncés) et l'endoderme définitif (noyaux clairs).

jours par le même mécanisme de rapprochement et soudure des bords de l'orifice de communication, ces sacs s'isolent et deviennent indépendants de l'endoderme primitif (fig. 15, C). Celui-ci, ayant fourni les principaux dérivés auxquels

il doit donner naissance, cesse dès lors de porter le nom d'*endoderme primitif*, qui signifiait endoderme contenant en lui les formations mésodermiques, et prend celui d'*endoderme définitif*, ou d'*endoderme* tout court. Quant aux sacs en question, ils s'étendent de plus en plus sur les parties latérales et jusqu'à la région ventrale de l'embryon (fig. 15, C), s'interposant entre l'ectoderme et l'endoderme, et ils ne sont autre chose que le *mésoderme* proprement dit, ou *feuillet moyen*. On voit que ce feuillet moyen est composé de deux lames, l'une appliquée contre l'ectoderme (*fc*, fig. 15, C) et qu'on nomme *lame fibro-cutanée* (à cause des tissus qu'elle formera plus tard), et l'autre (*fi*) appliquée contre l'endoderme, et qu'on nomme *lame fibro-intestinale*. Quant à la cavité qui existe entre ces deux lames, comme elle représente la grande cavité séreuse du corps, c'est-à-dire la future cavité de la plèvre et du péritoine, on lui donne le nom de *cavité pleuro-péritonéale*, ou *fente pleuro-péritonéale* (*pp*, fig. 15).

b) Pour l'*œuf à segmentation totale et inégale* (*amphigastrula*, batraciens), les formations mésodermiques sont également au nombre de trois, une médiane, la corde dorsale, et deux latérales, le mésoderme proprement dit. La corde dorsale se développe exactement comme chez l'amphioxus, par une gouttière de l'endoderme primitif (fig. 16) ; mais la production des formations latérales est toute différente ; elles proviennent toujours de l'endoderme primitif, mais non par évagination, non par diverticules creux. La région d'endoderme qui doit les produire s'épaissit puissamment (fig. 16, A), puis se divise en deux couches, l'une profonde ou interne, qui est l'*endoderme définitif*, l'autre supérieure (*ms*), plus épaisse, interposée entre l'endoderme définitif et l'ectoderme, et qui est le *mésoderme* (fig. 16, B). Ce mésoderme apparaît donc ici sous la forme d'un feuillet simple (feuillet moyen), non subdivisé en deux lames ; mais cette division ne tarde pas à se produire, par un procédé dit de *clivage*. Dans l'épaisseur du feuillet moyen apparaît en effet une fente, qui rapidement s'étend parallèlement aux deux sur-

faces de ce feuillet (fig. 16, C), et le subdivise en deux lames, qui prennent également ici les noms de *lame fibro-cutanée* (*fc*) et *lame fibro-intestinale* (*fi*). La fente située entre ces deux lames devient pareillement la *cavité pleuro-péritonéale* (*pp*).

Cette substitution de la formation d'une cavité par cli-

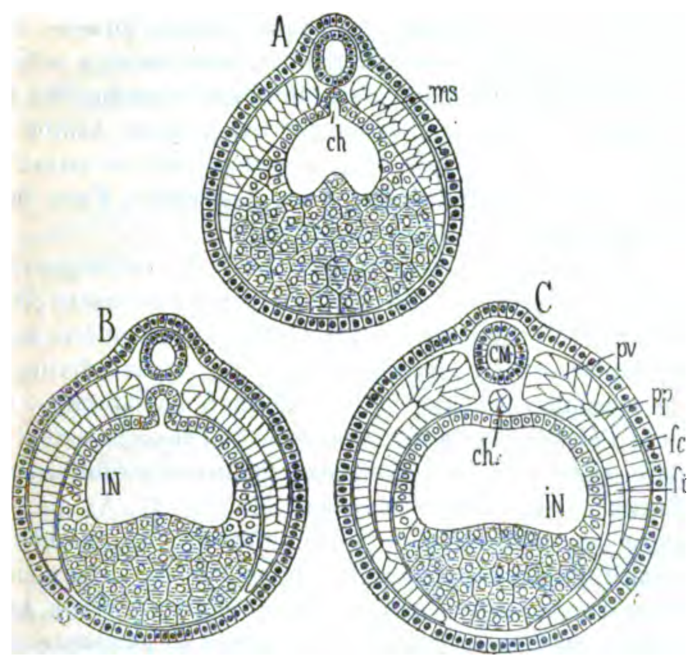


FIG. 16. — Formation du feuillet moyen chez la grenouille (amphigastrula).

A. Apparition du mésoderme (*ms*) et de la corde dorsale (*ch*) aux dépens de l'endoderme. — B. Isolement du mésoderme. — C. Isolement de la corde dorsale : clivage du mésoderme en lame fibro-cutanée (*fc*) et lame fibro-intestinale (*fi*). — *pp*. Fente pleuro-péritonéale. — *pv*. prévertèbre. — IN. Cavité intestinale.

vage d'une masse pleine, à la formation par évagination, invagination ou diverticule, est un fait très commun en embryologie. Nous en avons vu déjà un exemple dans la gas-

trulation : lorsque dans l'œuf à segmentation totale, mais inégale (grenouille, amphiblastula), nous avons vu la cavité de la gastrula se produire par une fente qui apparaît dans la masse des grosses cellules de la paroi inférieure de l'amphiblastula, nous avons assisté à un véritable clivage de cette masse, et ici le procédé de clivage se substituait à l'invagination qui produit la cavité gastruléenne dans l'archigastrula de l'amphioxus. A chaque instant, lorsque nous étudierons l'histogénèse des glandes, nous verrons celles-ci provenir d'un épithélium, mais tantôt par la production d'un bourgeon creux, c'est-à-dire par évagination, tantôt par production d'un bourgeon primitivement plein et massif qui ne se creuse qu'ultérieurement par l'apparition d'une fente en son centre, c'est-à-dire par clivage.

c) Pour l'œuf à *segmentation partielle* (*discogastrula*, oiseaux) ce processus de production par une masse pleine qui se clive ensuite, s'étend à toutes les formations mésodermiques, si bien que, au début, il n'y a pas à distinguer une formation médiane et deux formations latérales. Sur toute l'étendue de la région dorsale de l'ébauche embryonnaire, aussi bien au-dessous de la gouttière médullaire que sur ses côtés, l'endoderme s'épaissit (fig. 17, A), puis se divise en deux couches, l'une inférieure ou *endoderme* définitif, l'autre supérieure (*ms*) qui est le *mésoderme* sous la forme d'un épais feuillet de cellules (feuillet moyen). Alors dans ce mésoderme massif, qui contient en puissance à la fois la corde dorsale et le mésoderme proprement dit, les cellules se distribuent, se groupent en trois formations distinctes, une médiane, et deux latérales. La formation médiane, axiale, est un cordon (*ch*, fig. 17, B) qui peu à peu se sépare des masses latérales, devient indépendant, situé exactement au-dessous de la gouttière médullaire ; c'est la corde dorsale (*ch*, fig. 17, C), qui se creuse d'une cavité très peu accentuée et destinée à disparaître bientôt. Les formations latérales sont le mésoderme proprement dit (feuillet moyen), qui est constitué exactement comme il l'était, à son

apparition, dans le type précédent; mais presque aussitôt il se clive et se divise en deux lames, la *fibro-cutanée* (*fc*) et la *fibro-intestinale* (*fi*), entre lesquelles est la cavité pleuro-péritonéale.

On voit donc que, quels que soient les procédés particuliers d'apparition des formations mésodermiques, leur dérivation

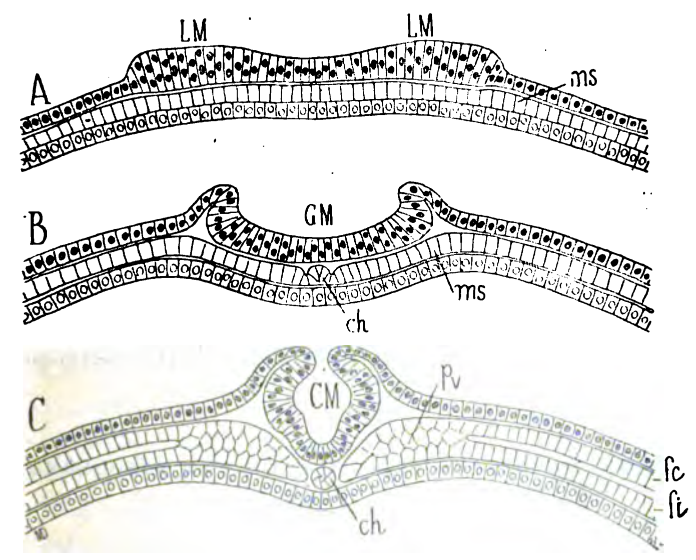


Fig. 17. — Formation du feuillet moyen chez les oiseaux (discogastrula).

A. Production, aux dépens de l'endoderme, d'une couche mésodermique commune, continue (*ms*). — LM, LM, lames médullaires.

B. Dans cette couche se différencient la corde dorsale (*ch*) et le mésoderme proprement dit (*ms*). — G M. Gouttière médullaire.

C. Clivage du mésoderme en lame fibro-cutanée (*fc*), et lame fibro-intestinale (*fi*), séparées par la fente pleuro-péritonéale. — *pv*. Prévertèbre. — CM. Canal médullaire.

est toujours la même : elles dérivent de l'endoderme primitif, se séparent de lui, et alors le feuillet le plus interne de l'œuf, celui qui formera l'épithélium intestinal, prend le nom *d'endoderme définitif*; c'est là le seul et véritable endoderme; le premier était une masse commune destinée à se subdiviser en endoderme et mésoderme. On voit aussi que la corde

dorsale fait partie des formations mésodermiques ; elle est considérée comme le squelette primitif, la tige squelettique provisoire du vertébré ; or toutes les formations du squelette des vertébrés appartiennent au mésorderme, comme y appartient la corde dorsale elle-même.

Enfin on voit que les divers types de blastula, de gastrula et de formation du mésoderme, s'enchaînent, se lient l'un à l'autre, disons-le, dérivent certainement l'un de l'autre, et qu'il est impossible de comprendre la discogastrula si l'on ne connaît l'amphigastrula, de même qu'il est impossible de comprendre celle-ci quand on ne connaît pas l'archigastrula. Or il est un type de blastula et de gastrula qu'on ne peut comprendre qu'avec la connaissance de tous les types précédents ; nous voulons parler de la *gastrula des mammifères*, dont l'étude est la plus essentielle pour nous et dont cependant nous n'avons pas encore parlé; c'est qu'elle présente des processus tout particuliers, dont la description doit être faite à part.

SEGMENTATION, BLASTULA, GASTRULA ET MÉSODERME DE L'ŒUF DES MAMMIFÈRES

L'œuf des mammifères est d'un volume relativement petit ; il est très peu chargé de vitellus nutritif, sa segmentation est totale et a longtemps été considérée comme égale. On peut donc s'étonner, puisque ce sont là aussi les caractères de l'œuf de l'amphioxus, que, en étudiant l'archiblastula et l'archigastrula de celui-ci, nous n'ayons pas dit que les mêmes types de processus se produisent aussi pour l'œuf des mammifères. C'est que l'œuf des mammifères, s'il ressemble, par son volume et son aspect, à l'œuf de l'amphioxus, en diffère complètement par les tendances, par les influences héréditaires qu'il porte en lui, et qui déterminent en lui une évolution dans laquelle on retrouve les traces des évolutions subies par les ancêtres des mammifères. Quelques mots d'explication suffiront pour faire comprendre qu'il ne s'agit pas,

par ces expressions, de conceptions métaphysiques, mais bien de faits réels.

L'amphioxus est placé tout au bas de l'échelle des vertébrés; les mammifères occupent au contraire le sommet de cette échelle, et la grande loi de l'évolution des êtres nous montre que les vertébrés dérivent d'ancêtres qui ont été représentés, en remontant de plus en plus vers les origines, par des formes analogues à celle des oiseaux, des batraciens, et, tout au début, à celle de l'amphioxus, pour ne citer que quelques-uns des échelons de cette évolution. C'est-à-dire que si l'œuf du mammifère ressemble en apparence à l'œuf de l'amphioxus, il n'en dérive pas directement; entre les deux se trouvent, pour nous en tenir aux types sus-indiqués, l'œuf des batraciens et celui des oiseaux. Les ancêtres directs des mammifères ont un œuf à segmentation partielle, avec discoblastula et discogastrula ; ceux-ci ont à leur tour cu pour ancêtres des êtres dont l'œuf était à segmentation totale, mais inégale, avec amphiblastula et amphigastrula; et enfin ces derniers ont compté, parmi leurs ancêtres, des êtres qui avaient sans doute l'œuf le plus simple, l'œuf à segmentation totale et égale, avec les formes typiques primitives d'archiblastula et d'archigastrula. En d'autres termes, l'ovule des mammifères n'est pas primitivement alécithe ou oligolécithe ; il représente un œuf télolécithe, qui a graduellement perdu sa provision nutritive, n'en ayant plus besoin, puisqu'il se développe en se greffant sur le terrain maternel, qui lui fournit en abondance les matériaux nutritifs; il a donc fait retour à la segmentation totale, mais, dans cette segmentation et dans la gastrulation qui suit, il présente encore des détails qui rappellent notamment la discogastrula ancestrale. C'est pour indiquer que la gastrula des mammifères, quoique produite par un œuf à segmentation totale, n'est pas une forme primitive, qu'on lui a donné le nom de *métagastrula* (1). Ceci va être justifié par l'exposé des faits.

L'œuf des mammifères (fig 18 en A ; lapin, chéiroptères), se

(1) E. VAN BENEDEN. La formation des feuillets blastodermiques chez le

divise d'abord en deux segments superposés, l'un supérieur, l'autre inférieur ; ces deux segments (fig. 18, en B) ne sont ni égaux ni de même signification ; le supérieur est plus petit, moins granuleux, et c'est de lui que proviendront tous les éléments ectodermiques du blastoderme ; l'inférieur est un peu plus gros, plus granuleux, et sera l'origine de tous les élément de l'endoderme. On voit donc tout d'abord que la segmentation n'est pas égale. Elle se poursuit en accentuant de plus en plus cette inégalité, car elle marche beaucoup plus vite pour le segment supérieur ou *ectodermique*, que pour l'inférieur ou *endodermique*, le premier pouvant être

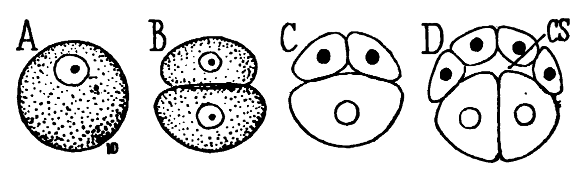


Fig. 18. — Segmentation et blastula de la chauve-souris, prise comme type de mammifère (*métablastula*).

A. L'ovule fécondé. — B. Division en deux segments inégaux, le supérieur dit *ectodermique*, l'inférieur dit *endodermique*. — C. La division du segment ectodermique marche plus vite que celle du segment endodermique. — A partir de ce stade, dans les figures suivantes, les éléments ectodermiques sont figurés avec noyaux foncés, les endodermiques avec noyaux clairs. — D. Stade de la blastula (*métablastula*). — CS. Cavité de segmentation.

déjà divisé en quatre ou six cellules alors que le second est encore intact ou divisé seulement en deux ou quatre (fig. 18; C,D). Il se forme ainsi une blastula (*métablastula*) dont la cavité (cavité de segmentation CS ; fig 18, D) sépare les éléments ectodermique des endodermiques ; cette métablastula rappelle à la fois l'archiblastula des amphibiens et la discoblastula des oiseaux ; c'est une sorte de discoblastula qui, n'ayant plus à s'étaler sur le pôle supérieur d'une grosse sphère de

lapin. *Archives de biologie*, 1880. — Recherches sur la formation des annexes fœtales chez les mammifères, lapin et chéiroptères. *Arch. de biologie*, 1884. — Mathias Duval. Etudes sur l'embryologie des chéiroptères. *Journal de l'anat. et de la physiol.*, 1895.

vitellus nutritif, a quitté la forme discoïde pour reprendre elle-même la forme sphérique.

Alors se produit un processus qui rappelle l'épibolie de l'œuf des oiseaux : les cellules ectodermiques se multiplient plus activement que les endodermiques, s'étendent à la surface de celles-ci, en marchant de l'hémisphère supérieur de l'œuf vers son équateur (fig. 19, E), puis vers son hémisphère inférieur, puis enfin vers le pôle inférieur (fig. 19, F et G). Quand l'occlusion de cette enveloppe ectodermique va s'accomplir au niveau de ce pôle inférieur, la masse des cellules endodermiques est entrée tout entière dans la cavité ainsi circonscrite, et s'est accumulée à sa partie supérieure. Il y a donc, en même temps qu'épibolie de l'ectoderme, embolie de la masse endodermique, c'est-à-dire quelque chose qui rappelle une invagination, mais l'invagination d'une masse pleine. Du liquide s'accumule dans l'œuf, en même temps que sa masse endodermique s'étale au niveau de l'hémisphère supérieur (fig. 19, H), de façon à y former un feuillet de cellules, l'endoderme primitif (fig. 19, I). Dès lors la *métagastrula* est constituée, car nous avons tout ce qui doit former une gastrula.

En effet, d'une part nous avons une cavité gastruléenne qui est circonscrite en haut par le blastoderme à deux feuillets et sur le reste de son étendue par le couche ectodermique seulement (fig. 19, I) ; mais nous avons vu que la cavité gastruléenne de la discogastrula des oiseaux était ainsi limitée (fig. 10), puisque l'ectoderme entoure la masse du jaune bien avant d'être doublé d'endoderme sur toute sa face interne. On ne sera pas tenté de prendre cette cavité de la métagastrula pour une cavité de segmentation, puisque celle-ci est maintenant représentée, comme du reste dans tous les types de gastrula, par la fente qui sépare l'ectoderme de l'endoderme (CS, fig. 18 et 19). Nous avons d'autre part deux feuillets blastodermiques, un blastoderme didermique ; il n'est didermique que dans sa partie supérieure, comme pendant un temps assez long chez les oiseaux ; mais l'endo-

derme primitif continue à s'étendre à la surface interne de l'ectoderme, le double dans toute son étendue, et finalement le blastoderme de la métagastrula devient didermique dans toute son étendue.

L'apparition de la *première ébauche de l'embryon* ne se fait pas, quoique la segmentation ait été totale, comme dans l'archigastrula ou l'amphigastrula. Elle se fait comme dans la discogastrula (voir fig. 13), c'est-à-dire que la sphère blasto-

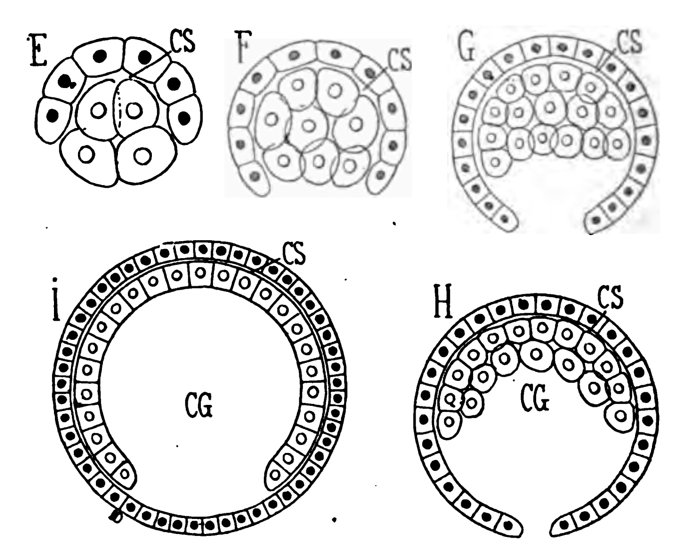


Fig. 19. — Gastrulation chez la chauve-souris : transformation de la *métablastula* (E) en *métagastrula* (H).

E. Début de l'épibolie des cellules ectodermiques sur les endodermiques (voir la fig. 18 E). — F. G. Suite de l'enveloppement de la masse endodermique par les cellules ectodermiques.— H. Achèvement de ce processus. — I. Etalement de la masse des cellules internes en un feuillet endodermique : *métagastrula*, avec ses deux feuillets primaires. — CC. Cavité de segmentation à l'état de fente. — CS. Cavité de la gastrula. — Comparer avec la figure 10, p. 402.

dermique, le sac gastruléen, se divise, par un étranglement, en deux parties inégales, l'une supérieure plus petite, qui s'allonge en corps fusiforme (embryon), l'autre inférieure

plus grande (vésicule ombilicale) qui forme une annexe appendue à la face ventrale de l'embryon (voir la description donnée ci-dessus pour la transformation du sac gastruléen des oiseaux).

Lorsque, presque aussitôt, dans la paroi dorsale de l'ébauche du corps de l'embryon, a lieu l'apparition des *formations mésodermiques*, celles-ci se produisent par des processus qui rappellent en partie ceux de l'archigastrula et de l'amphigastrula d'une part, et d'autre part ceux de la discogastrula. En effet, après apparition du tube médullaire (fig. 14 et 17), la corde dorsale se forme par une gouttière creuse qui se ferme en canal, comme chez les embryons d'archigastrula et d'amphigastrula (fig. 15 et 16), tandis que le mésoderme proprement dit se forme comme pour les embryons d'amphigastrula et de discogastrula (fig. 16 et 17), par dédoublement de l'endoderme primitif, production d'une masse mésodermique qui se creuse ultérieurement d'une fente pleuro-péritonéale, d'où sa division en une lame fibro-cutanée et une lame fibro-intestinale.

Arrivé à ce stade, l'embryon du mammifère est constitué comme celui de tous les autres vertébrés; ils sont tous arrivés à un même résultat, mais par des procédés différents, et on ne peut comprendre chacun de ces procédés qu'en connaissant les autres. C'est pourquoi nous avons dû donner ces détails sur les divers types de gastrulation; ils étaient non seulement indispensables pour comprendre l'origine des feuillets du blastoderme, dont vont dériver toutes les cellules de l'organisme; mais ils étaient encore essentiels à examiner pour terminer l'étude générale de la cellule, puisque les différences entre ces types ont essentiellement pour causes les dissemblances qu'il y a entre les divers ovules, selon que cette cellule-œuf a accumulé en elle une plus ou moins grande quantité de deutoplasma.

TRAITEMENT DES ABSENCES CONGÉNITALES DU VAGIN

(Suite et fin.)

Par Marie Dumitrescu, Dr en médecine.

Obs. 19. — ***Malformation congénitale, ectopie des ovaires, absence d'utérus et du vagin ; phénomènes de congestion supplémentaire. Laparotomie. Ablation des ovaires. Création autoplastique d'un vagin. Guérison*** (1). — **A. G..., 23 ans, a commencé à 14 ans à éprouver des douleurs vagues dans le bas-ventre avec étourdissements et saignements du nez. Jamais d'écoulement de sang par le vagin, la vessie ou l'anus. Elle est constamment atteinte d'une oppression qui, chaque mois, augmente pendant 2 ou 3 jours. A plusieurs reprises, elle a craché du sang, mais n'a jamais eu d'hémoptysies abondantes.**

Elle raconte qu'elle est entrée le 3 juin 1889 à l'hôpital du Mans, où on lui avait créé dans la région vulvaire un cul-de-sac permettant l'introduction de l'index à une profondeur de 6 centimètres. Le canal s'est fermé peu à peu et, au bout de 15 jours, son occlusion était presque complète. On dut à trois reprises le dilater sous le chloroforme. La malade est partie après quatre semaines de traitement. Depuis son état est resté sensiblement le même ; elle a continué à avoir ses crises d'étouffement.

Organes génitaux externes bien conformés ; l'hymen est complet. Entre les petites lèvres, au-dessous de l'urèthre, on trouve une petite dépression représentant un vagin rudimentaire de 2 centim., dans lequel le doigt est très serré. Aucune trace de vagin ni d'utérus. A droite, en arrière du pubis, est un point sensible à la pression : c'est peut-être un ovaire ; l'autre semble aussi exister à gauche.

4 février 1891. Laparatomie qui démontre que la vessie remplit l'excavation du bassin et est accolée au rectum. Ni utérus ni annexes dans la cavité pelvienne.

Dans la fosse iliaque gauche, au-dessous de l'S iliaque, est un corps allongé, sessile, sous-péritonéal, en dehors des vaisseaux

(1) Delagénière. *Congrès français de chir.*, 1891, p. 346.

et ressemblant à l'ovaire. De même à droite, où il est recouvert par le cæcum. On en pratique l'extirpation.

Delagénière crée un vagin artificiel. « Je fais au-devant du rectum une incision transversale et longue de 4 à 5 centimètres, je décolle la face postérieure du petit cul-de-sac, me proposant de conserver la membrane qui le tapisse et qui a l'aspect d'une muqueuse, pour recouvrir la paroi antérieure du nouveau conduit. Dans ce but, je pratique deux incisions latérales, pour mobiliser la partie postérieure du vagin rudimentaire ainsi disséqué. Le lambeau ainsi formé est maintenu soulevé.

La dissection est continuée en suivant la face antérieure du rectum jusqu'à une profondeur de 7 centimètres. Cette dissection se fait aux ciseaux, à petits coups, surtout dans la profondeur où la vessie paraît accolée au rectum.

Trois fils de soie sont passés dans l'angle dièdre au fond de l'incision, puis dans le bord libre du lambeau mobilisé. En nouant les fils, celui-ci se trouve invaginé et appliqué sur la face antérieure de l'incision périnéale.

La vulve a donc conservé en haut et en avant sa conformation normale ; la paroi antérieure du vagin se trouve tapissée jusqu'au fond par une membrane bien analogue à la muqueuse. La paroi postérieure du nouveau vagin est constituée par la valve postérieure de l'incision.

Je taille ensuite deux lambeaux cutanés dans la région intervulvo-anale et fessière. Chacun mesure, une fois disséqué, 8 centimètres de long sur 3 de large. Je les laisse adhérer sur le raphé périnéal, puis les invagine dans le nouveau canal en les faisant pivoter sur leur pédicule ; leur face cruentée est maintenue en contact avec la face antérieure du rectum.

Des fils de soie sont passés dans l'angle dièdre comme précédemment, puis à deux centimètres de l'extrémité libre de chaque lambeau, de façon que cette extrémité se recourbe et remplisse le fond de la cavité. Les lambeaux cutanés sont reliés entre eux, puis l'orifice vulvaire est régularisé.

Les deux plaies cutanées sont suturées au crin de Florence, le nouveau conduit rempli de gaze iodoformée.

Quand l'opération est terminée, il existe un vagin de 7 centimètres de profondeur. A la sortie de la malade, le 4 mai, la longueur est sensiblement la même ; le vagin admet librement deux

doigts; le fond en est large et souple. Même état constaté le 26 mai. Il n'existe pas encore de tendance à la propulsion des lambeaux, qui paraissent parfaitement et définitivement greffés. Plus de phénomènes de congestion supplémentaire.

Obs. 20. — *Hernies inguinales des deux canaux de Müller. Cure radicale. Absence totale de vagin. Vagin artificiel créé par autoplastie* (1). — Il s'agit d'une fille B. A..., âgée de 26 ans, lingère, qui vint me trouver une première fois au commencement de 1891. Elle venait pour faire remédier à un vice de conformation des organes génitaux dont elle s'était aperçue, lors d'une tentative de rapport sexuel. L'examen nous fit voir qu'il s'agissait d'une absence de vagin, avec conformation normale de tous les organes génitaux externes.

Depuis l'âge de 18 ans, tous les mois, du 20 au 25, elle éprouve des douleurs plus ou moins violentes dans le ventre, douleurs qui d'ordinaire sont accompagnées de maux de tête, et ont une durée qui varie de trois à cinq jours. Aucun écoulement cataménial à ce moment : Pas de règles supplémentaires.

La malade a des désirs vénériens très accentués. Elle est d'une bonne santé générale ; elle est forte, les siens sont bien formés. Son bassin est large. Elle est très nerveuse, sans avoir eu jamais d'attaque hystérique franche.

A la vue, elle est normalement conformée au premier abord. Mont de Vénus, grandes lèvres, petites lèvres, régions clitoridienne et uréthrade sont normaux. Mais quand on écarte les petites lèvres, on est frappé de voir qu'elles sont réunies de toutes parts par une membrane perforée de 3 à 4 petits trous, situés de chaque côté, qui aboutissent à des infundibula de 1 à 2 milimètres. Cette membrane est bien rosée, peu dépressible par le doigt, il n'y a pas trace de vagin, au moins extérieurement, ni d'hymen; une sonde introduite dans l'urèthre, un doigt introduit dans le rectum se rencontrent aussitôt et il nous est démontré que vessie et rectum ne sont séparés que par une cloison de quelques millimètres d'épaisseur, et nous ne trouvons, aussi loin que nous pouvons atteindre, aucun vestige de vagin et d'utérus. Le toucher rectal combiné au palper abdominal révèle les mêmes particularités et nous fait sentir à droite une corde transversale

(1) Schwartz. *Congrès de chir.*, 1892, p. 437.

avec un corps gros, sensible, qui nous paraît être un ovaire. Rien à gauche.

La malade est, en outre, porteur de deux hernies inguinales constituées par des entérocèles et irréductibles en partie. Quand l'intestin est rentré, il reste, à droite surtout, une tumeur allongée, dure, ressemblant à un paquet épiploïque, non douloureuse à la pression et absolument irréductible ; à gauche, même état, mais moins accentué.

Nous l'opérons le 5 août 1891. Incision convexe en bas d'une petite lèvre, « l'autre encadrant le méat ; décollement peu à peu, une sonde dans la vessie un doigt dans le rectum, de la cloison jusqu'à une profondeur de 7 centimètres. Les adhérences deviennent tellement intimes et la cloison si mince que nous nous arrêtons ; nous doublons l'infundibulum ainsi produit par 4 lambeaux muqueux ou muco-cutanés pris sur le vestibule des petites et grandes lèvres, et les suturons au fond le plus loin possible. Quelques sutures superficielles réunissent les plaies produites par le détachement des lambeaux. Tamponnement à la gaze iodoformée. Pansement iodoformé ouaté ; guérison rapide par première intention.

Au bout de 15 jours résultat très bon. Vagin nouveau, profond de 5 à 6 centimètres, quand on déprime un peu avec le doigt : l'aspect extérieur est maintenant tout à fait normal.

Au bout de 3 semaines le résultat persiste. C'est alors que nous l'opérons d'abord de la hernie inguinale droite qui est la plus douloureuse.

Le 25 août, cure radicale.

L'examen de la pièce enlevée nous montre une trompe avec son pavillon normal, un ovaire qui n'a pas fonctionné, attaché à une masse ayant la forme d'un petit utérus, mais sans cavité aucune, constituée par des fibres musculaires lisses et de nombreux vaisseaux.

Nulle part de vestige de la seconde trompe : le ligament qui se perdait dans le pubis était le ligament rond.

La seconde hernie est opérée le 23 décembre. Elle est devenue très douloureuse depuis que la première est opérée ; dès qu'elle est un peu grosse, elle occasionne des vomissements continuels. On arrive rapidement sur le sac herniaire, au côté externe duquel se trouve un cordon fibro-musculaire paraissant être le ligament

rond qui aboutit à un autre plus court et plus gros, comparable un peu au petit utérus trouvé de l'autre côté.

Ici ni trompe ni ovaire. Le 29 janvier la malade guérie quitte le service. Le vagin artificiel est un peu plus court et ne mesure guère que 5 à 6 centimètres ; mais il a en somme très peu perdu.

Obs. 21. — *Malformation des organes génitaux. Absence de vagin, d'utérus et peut-être des ovaires. Création d'un vagin artificiel par décollement. Atrésie. Deuxième intervention chirurgicale (autoplasie)* (1). — Domestique, âgée de 20 ans. Jamais réglée. Depuis l'âge de 18 ans, elle éprouve périodiquement des coliques dans la région inférieure de l'abdomen.

Seins et bassin bien conformés. Extérieurement, les organes génitaux sont normaux : le clitoris et les petites lèvres sont hypertrophiés. L'hymen a l'aspect d'une collerette légèrement plissée ; cet hymen est perforé et l'orifice hyménéal se présente sous forme d'une fente semi-lunaire.

Si, après avoir écarté les petites lèvres, on essaie d'introduire une sonde de femme dans le vagin, on est aussitôt arrêté derrière la fente hyménéale. Les tissus sont souples. Le toucher rectal ne révèle rien qui rappelle la forme et la consistance de l'utérus ; combiné à l'exploration de la vessie, on sent qu'il n'existe entre la vessie et le rectum aucun corps interposé. Sur les côtés, la palpation abdominale révèle une sensibilité assez vive, mais on ne sent aucun corps qui rappelle les caractères physiques des ovaires.

Opération, le 12 juillet 1889. — Incision de 4 centimètres, transversale, légèrement courbe et à concavité antérieure, parallèle à la fourchette et située à peu près à un centimètre au-dessus ; l'hymen est sectionné transversalement. Décollement sur une longueur de 7 à 8 centimètres à l'aide des doigts, du tissu cellulaire situé contre la paroi postérieure de la vessie. Au cours de l'opération, on ne constate ni utérus ni annexes.

Dès le 12e jour, la cavité pseudo-vaginale est maintenue dans sa forme par le passage quotidien de grosses bougies rectales en ébonite, suivi de l'application de tampons d'ouate iodoformée.

En février 1890, la malade revient ; elle a négligé la dilatation. Le néo-vagin est presque entièrement atrésié, il ne reste plus en

(1) *Bull. de la Société d'anatomie de Bordeaux*, juillet 1889, et Th. Baudry, p. 22.

arrière de l'hymen qu'un cul-de-sac de 2 centimètres de profondeur et admettant à peine l'extrémité du doigt. Cependant les douleurs périodiques ont diminué.

On incise et on débride le tissu cicatriciel. Sur la paroi postéro-inférieure de ce néo-vagin, on applique un lambeau rectangulaire de peau, pris sur la surface interne de la grande lèvre gauche. Le lambeau dont la base mesure environ 2 centimètres et se trouve au niveau de la fourchette est fixé par son sommet au fond de la pseudo-cavité vaginale par un point de suture. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Une grande partie du lambeau autoplastique se sphacèle. Dilatation au bout d'une quinzaine de jours.

La malade se marie. Elle déclare, en 1892, que, pendant les 4 premiers mois qui ont suivi la deuxième intervention, elle avait des rapports sexuels normaux. Son mari ayant été appelé à faire une période militaire de 28 jours, à son retour le coït fut beaucoup plus difficile et, depuis cette époque, il n'a jamais pu être complet. Il semble qu'il faille attribuer dans ce cas l'atrésie rapide à l'abstention complète de rapports sexuels, car nul traitement n'avait été suivi par la malade.

Obs. 22. — *Vice de conformation par aberration inguinale des deux moitiés utérines. Cure radicale. Création d'un vagin artificiel par décollement et autoplastie* (1). Femme de 36 ans. Jamais réglée. A 15 ans développement des seins, qui est douloureux. La malade ne donne aucun renseignement qui puisse faire admettre un processus mensuel rappelant les règles ou leur vicariation ; elle a seulement remarqué, depuis 13 ans qu'elle est mariée, des désirs de cohabitation qui reviennent régulièrement toutes les 3 semaines. Le rapprochement offre d'assez grandes difficultés.

A l'examen, fait le 10 octobre 1890, je constate, sur cette femme bien développée, deux petites hernies inguinales paraissant être formées par les ovaires, dont part un cordon se dirigeant par le canal inguinal dans le ventre. Le long de ce cordon, on sent, à la palpation de l'abdomen, des corps irréguliers, bosselés. La vulve paraît normale, seul le méat est un peu dilaté. L'hymen semble intact : par une ouverture minime, on peut faire pénétrer un stylet

(1) Roux. *C. R. du Congr. franç. de chir.*, 1891, p. 497.

à 1/2 centimètre de profondeur. A quelques millimètres plus loin, une seconde ouverture admet tout juste le bouton d'un fin stylet.

Il n'existe pas de vagin et le doigt introduit dans le rectum ne sent même pas le cordon fibrineux qui d'ordinaire le remplace. Aucun vestige d'utérus. Le pli de Douglas est très haut ; il semble que le rectum soit accolé à la vessie à peu près à la même hauteur que l'est habituellement la face supérieure de la matrice.

A la demande de la malade, on procède à une première intervention le 7 décembre 1890.

Une laparotomie exploratrice démontre l'absence d'utérus et l'accolement très élevé du rectum et de la vessie ; mais les trompes et l'ovaire sont libres dans le ventre. La cure radicale des hernies, faite dans la même séance, montre qu'elles contiennent chacune une masse charnue ressemblant fort à une moitié d'utérus.

16 janvier 1891. Confection d'un vagin. A partir du petit orifice de l'hymen on fait de chaque côté une incision latérale qui s'élève en avant et en dehors, à travers les petites lèvres, dans la face interne de la grande pour revenir en arrière et en dedans, circonscrivant un lambeau en aile de libellule. On décolle facilement avec le doigt les tissus jusqu'à la hauteur du pli de Douglas. Les lambeaux sont préparés et placés comme tapisserie dans la cavité ainsi formée. On fixe leur extrémité supérieure par une suture à l'espèce de barre fibreuse qui a arrêté le doigt entre la vessie et le rectum. Les lambeaux se trouvent plus longs que leur tracé au bistouri, parce qu'on a eu soin de déplier la petite lèvre et d'en utiliser les deux faces dans le plan de revêtement épithélial du nouveau vagin. Deux points de suture de chaque côté les maintiennent étalés. Enfin, pour les fixer en surface et favoriser leur accolement, on place dans la cavité une éponge entourée de gaze iodoformée.

Après cinq jours on enlève les sutures ; les lambeaux sont bien fixés, aucune partie ne s'est nécrosée ; çà et là apparaissent quelques bourgeons charnus.

Le 28 mars, l'aspect de la vulve est analogue à celui qu'elle présente d'ordinaire chez une femme bien conformée ; seules les parties supérieures des petites lèvres ménagées, pendent, comme oreilles de chien, tandis que la surface interne des grandes lèvres, à cette place, est recouverte de muqueuse rouge vif. Le frein est

intact. L'entrée du vagin est franche, taillée à pic sous l'uréthre, tandis que, dans son pourtour postérieur, cette ouverture offre quelque ressemblance avec l'anus, grâce au plissement longitudinal des lambeaux engagés dans le canal. Dans l'écartement complet des cuisses, le vagin reste fermé, bien qu'il admette avec facilité un et même deux doigts. Sa profondeur mesure 6 à 7 centimètres et la pression la plus légère refoule le cul-de-sac à plus de 9 à 10 centimètres, formant ainsi une surface utile bien suffisante.

Les deux conjoints sont d'accord pour déclarer bien réussie la restauration vaginale.

Obs. 23. — *Absence complète du vagin. Création d'un vagin artificiel par autoplastie* (1). — Femme de 32 ans, qui ne présenta jamais aucun écoulement menstruel véritable. Elle dit avoir perdu, à l'âge de 16 ans, quelques gouttes de sang ; mais ce renseignement, par suite de l'absence du vagin, ne peut avoir aucune valeur. Par contre, la malade présente des épistaxis périodiques. Elle n'eut jamais d'autres hémorrhagies supplémentaires. Elle se maria à 18 ans 1/2 ; mais l'impossibilité des rapports sexuels ne tarda pas à amener une séparation judiciaire.

Depuis l'âge de 23 ans, elle éprouva, à chaque époque menstruelle, des tiraillements dans les seins et des douleurs du côté gauche du ventre. M. Villar vit pour la première fois la malade en novembre 1892 et la fit entrer le 15 novembre dans le service du professeur Demons, qu'il suppléait.

Les organes génitaux externes sont bien conformés ; la fourchette est intacte, le périnée est bien constitué. L'orifice de l'urèthre est rouge, très dilaté, admettant la pulpe du petit doigt. L'orifice vaginal fait défaut et la muqueuse qui tapisse la face interne des petites lèvres se continue directement d'un côté à l'autre. Tout au plus détermine-t-on un léger infundibulum en déprimant avec le doigt la muqueuse qui recouvre l'orifice vulvaire.

Par le palper abdominal, il est impossible de reconnaître l'existence de l'utérus ou des annexes.

La vessie et le rectum sont accolés étroitement, ainsi qu'il résulte de l'examen par le toucher rectal, combiné avec l'explo-

(1) Villar. In thèse Baudry, 1893-94, p. 37 ; et rapport de Picqué, in *Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, XXI, p. 639.

ration de la vessie avec la sonde. Par le toucher rectal assez loin de l'anus, on sent quelque chose d'épais, qui est sans doute l'utérus atrophié.

La malade réclamant une intervention, M. Villar pratiqua le 16 novembre l'opération suivante : à la partie moyenne de la muqueuse recouvrant l'orifice vulvaire, il conduit une incision transversale, allant d'une petite lèvre à l'autre. Il dissèque les deux lambeaux muqueux ainsi constitués. Le décollement de la vessie et du rectum est alors possible. M. Villar pénètre ainsi jusqu'à une profondeur de 9 centimètres ; « à ce moment la cloison qui limite le fond du décollement me paraît si mince que je m'arrête. Je dois dire que derrière cette même cloison, je sentais quelque chose de résistant qui devait bien être l'utérus ». Mais M. Villar jugea qu'il n'y avait pas intérêt à aller plus loin. Il doubla alors, en partie du moins, les deux parois du canal vaginal avec les deux lambeaux muqueux et les sutura au catgut au fond du vagin le plus loin possible.

Le canal fut tamponné à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent très simples.

Après avoir dilaté le nouveau vagin à l'aide des bougies rectales, et essayé en vain d'appliquer un ballon en caoutchouc, M. Villar renvoya la malade le 8 janvier 1893. Il lui fit construire un appareil spécial destiné à s'opposer à la réaction cicatricielle. Cet appareil se compose :

1° D'une ceinture en tissu élastique :

2° D'un plancher périnéal en caoutchouc fixé à la ceinture par 4 tubes courroies.

A son centre se trouve fixé l'appareil dilatateur du vagin, qui se compose d'un cylindre en caoutchouc rouge à bout mousse de 7 centimètres de longueur et 25 millimètres de diamètre. Ce cylindre s'adapte dans l'étendue de 4 centimètres sur le cylindre métallique qui lui sert de soutien. Le tout est percé d'un canal central pouvant permettre le drainage de la cavité vaginale.

Cet appareil a été porté sans difficulté par la malade pendant 4 à 5 mois.

Celle-ci a été revue le 13 janvier 1894, c'est-à-dire quatorze mois après l'opération. Son état est le suivant : le nouveau vagin est tapissé d'une muqueuse normale ; il a une longueur de 7 centimètres et demi; en déprimant un peu avec le doigt, il est assez

large ou du moins dilatable, puisque M. Villar a pu facilement introduire un spéculum et l'ouvrir suffisamment.

La malade d'ailleurs n'a eu depuis aucun rapport sexuel. Elle ne peut donc nous renseigner sur les fonctions du nouveau conduit. Aux époques présumées de la menstruation, elle éprouve quelques légères douleurs dans le ventre.

Obs. 24. — *Absence totale du vagin. Utérus très incomplètement développé. Douleurs périodiques se rattachant à la fluxion cataméniale des ovaires*, par le Dr Drouin, chirurgien de l'hôpital du Mans (obs. inédite). — Le 15 juin 1890, entre dans mon service, Léontine M..., 22 ans, fille de ferme à Montbézot (Sarthe).

Cette jeune fille très bien développée n'a jamais éprouvé d'accidents dans son jeune âge. Elle est issue de parents jouissant d'une bonne santé. Elle a un frère, et une sœur plus âgée qu'elle de deux ans, qui n'a jamais été malade.

Léontine M..., n'a jamais été réglée ; mais tous les mois, presque régulièrement elle éprouve des douleurs très violentes dans le bas-ventre, sans qu'elle puisse indiquer si elle souffre plus à droite qu'à gauche. Ces douleurs sont quelquefois assez violentes pour l'obliger à garder le lit deux ou trois jours. Même quand elle n'est pas obligée de s'aliter, elle souffre pendant une dizaine de jours environ. Elle n'a commencé à ressentir ces accidents que vers l'âge de 17 ans.

En examinant cette jeune fille, je constate qu'elle est plutôt vigoureusement constituée. La poitrine est bien développée. Les organes génitaux externes présentent un développement normal. En écartant les petites lèvres, on constate, seulement alors, qu'il n'existe pas d'orifice vaginal. La distance qui sépare le méat urinaire de la commissure est normale. En déprimant la paroi à l'endroit correspondant à l'hymen, on constate que cette paroi est dépressible, mais sans donner la sensation de vide en arrière, ce qui, au premier examen, permet de penser qu'il ne s'agit pas là d'une simple imperforation de l'hymen.

Une sonde est introduite dans l'urèthre jusque dans la vessie et je pratique le toucher rectal. La paroi antérieure du rectum glisse facilement à droite et à gauche du cathéter ; mais on sent très bien que cette paroi glisse directement sur l'urèthre, sans interposition d'un canal vaginal plus ou moins développé.

En explorant aussi haut que possible, à 7 centimètres environ, on sent entre le rectum et la paroi postérieure de la vessie, déprimée en arrière par la sonde, une induration du volume d'une amande, dirigée transversalement qui paraît se continuer de chaque côté dans la direction des ligaments larges.

En combinant le toucher rectal avec la palpation de l'abdomen et en déprimant largement au niveau de la partie interne des fosses iliaques, on sent manifestement rouler sous les doigts, de chaque côté, un corps globuleux, mobile, d'une sensibilité particulière, qui est sans aucun doute l'ovaire, paraissant de volume normal.

Je portai le diagnostic suivant : ovaires normaux présentant les phénomènes ordinaires de la menstruation ; utérus très incomplètement développé, réduit très probablement à l'existence des cornes utérines juxtaposées sur la ligne médiane ; absence totale du vagin.

Je pratiquai l'*opération* suivante : Incision sur la ligne médiane, commençant à un centimètre en arrière du méat urinaire, comprenant la commissure et intéressant le périnée sur une largeur de 2 à 3 centimètres. Je disséquai de chaque côté sur une profondeur de 1 cent. 1/2 à 2 centimètres environ de manière à mobiliser cette partie de la vulve, sous forme de deux volets que je fis rétracter en dehors. Avec le doigt et avec la sonde cannelée, je divisai alors les tissus parallèlement à la paroi antérieure du rectum, en me tenant aussi près que possible de l'urèthre indiqué par un cathéter. En me servant de l'index gauche comme guide, pénétrant au fur et à mesure dans le décollement que je produisais, j'arrivai à une profondeur de 6 centimètres environ, à peine à un centimètre du corps dur que je pensais être un rudiment de l'utérus. A ce moment, mon index gauche ne sentant qu'une membrane très souple, je pensai être arrivé au niveau du Douglas et la crainte d'ouvrir le péritoine, m'engage à cesser mon intervention, d'autant plus que la profondeur à laquelle mon doigt était arrivé ne permettait plus de m'en servir comme guide.

J'invaginai les deux feuillets vulvaires et les fixai de chaque côté aussi haut que possible. Enfin, je drainai le décollement que j'avais créé, avec de la gaze iodoformée. Deux points de suture restaurèrent le périnée et la commissure.

J'avais espéré que lors de la premiére menstruation, le sang aurait pu faire irruption par le vestige d'utérus que j'avais cru reconnaître et sinon se frayer une issue, au moins former une poche qui m'aurait indiqué dans quel sens diriger une intervention complémentaire.

Trois semaines après, Léontine M... a resssenti de nouveau les accidents qui indiquaient la menstruation ; un examen très attentif ne m'a donné aucun renseignement utile.

La malade a quitté mon service six semaines après cette opération. Grâce au tamponnement, il persistait un canal mucofibreux qui laissait assez facilement pénétrer le doigt, dans une hauteur de 4 à 5 centimètres.

Un an plus tard, j'ai revu la malade ; il existait un infundibulum admettant seulement la dernière phalange de l'index. Je lui proposai d'entrer dans mon service, pour une nouvelle opération. Je me proposais de faire une laparotomie, d'explorer ce que j'avais pris pour l'utérus. et si c'était réellement l'extrémité des trompes, de les aboucher avec un vagin que j'aurais tenté de constituer.

La malade n'a pas accepté cette intervention. J'ai su qu'après m'avoir consulté elle est allée trouver un autre chirurgien qui, après avoir enlevé les ovaires, a procédé à la réfection d'un vagin. Cette opération a donné d'excellents résultats ; mais je persiste à panser que l'on aurait pu faire tout aussi bien en lui conservant ses ovaires, qui continuaient à bien fonctionner.

Si l'on compare ces opérations plastiques à celles qui se proposent de créer un vagin artificiel par la méthode primitive de Dupuytren, on doit reconnaître que la supériorité leur appartient. Les résultats définitifs sont bien plus encourageants et la rétraction, si elle se fait, se produit en tout cas d'une façon beaucoup plus lente.

Néanmoins, il ne faut pas se dissimuler qu'ici aussi on ne doit pas porter, au point de vue du fonctionnement du néovagin, un pronostic trop optimiste. En effet, ainsi que le fait justement remarquer M. Picqué, que l'on emploie la greffe simple ou le lambeau véritable, l'angle dièdre, qui forme le fond de la cavité, est le siège d'un travail cicatriciel qui a la plus grande tendance à refouler le lambeau en

dehors et à combler peu à peu la cavité, même lorsque le lambeau ou la greffe sont fixés directement sur cet angle.

Il est évident que le tissu cicatriciel très dense qui forme cet angle doit avoir de grandes difficultés à adhérer à la face cruentée du lambeau, et si cette adhérence n'est pas intime, le refoulement du lambeau est fatal.

Malgré cet inconvénient assez sérieux, nous pensons cependant que les procédés autoplastiques, tels que nous venons de les indiquer, constituent, à l'heure actuelle, les opérations de choix, lorsqu'il s'agit de refaire un vagin artificiel.

Il nous reste à dire quelques mots, en terminant, de tentatives qu'on doit considérer comme tout à fait exceptionnelles : je veux parler de l'hétéroplastie et du procédé de Snéguireff.

F. — *Procédés par hétéroplastie.* — Küstner (1), qui est d'une manière générale partisan de l'autoplastie et des transplantations, conseille de diviser les petites lèvres de leur base jusqu'à leur insertion postérieure, de les disséquer, de les déplier, puis de les réunir devant la vulve en un sac qu'on introduit dans le fond du canal vaginal. Mais parfois, dit-il, ce procédé est inapplicable. Il faut alors chercher autre chose. C'est ainsi que, dans un cas, il a obtenu un bon résultat en greffant, sur les parois du vagin cruenté, la muqueuse intestinale d'un homme, auquel il venait de réséquer une anse pour plaie pénétrante de l'abdomen. Héliodore de Swiecicki a utilisé la muqueuse intestinale du lapin. Ce sont là des tentatives encore isolées, sur l'importance et l'utilité desquelles il est actuellement impossible de se prononcer.

Notre thèse était déjà à l'impression lorsque nous avons eu connaissance d'un procédé récemment mis en pratique par Mackenrodt (2). Ce chirurgien a réussi à refaire un

(1) Kustner. *Verhandl. der D. Gesellsch. f. Gynäkol.*, 1893.

(2) Mackenrodt. *Semaine médic.*, 1896, n° 28, p. CX.

nouveau vagin, en greffant des lambeaux de muqueuse vaginale empruntés à des femmes qu'il venait d'opérer pour un prolapsus génital. Voici le manuel opératoire qu'il a adopté :

Après avoir pratiqué, à l'aide de ciseaux, une première incision portant exactement sur l'insterstice des cloisons vésico-vaginale et recto-vaginale accolées, il pénétrait de plus en plus profondément en divisant les tissus avec les doigts ou au moyen d'instruments mousses, et en évitant soigneusement de perforer ces cloisons, jusqu'à ce qu'il eût mis à nu le col utérin. Il ouvrait et dilatait ensuite l'orifice cervical atrésié. La plaie cavitaire ainsi créée était tamponnée avec de la gaze iodoformée, et le tampon était renouvelé tous les deux jours. Lorsque cette plaie commençait à bourgeonner activement, on procédait aux transplantations de muqueuse vaginale. C'est à ce moment que l'on pratiquait l'opération du prolapsus chez la femme appelée à fournir la muqueuse nécessaire à cette greffe. Les lambeaux étaient taillés de façon à comprendre le moins possible de tissu sous-muqueux ; on les pliait en double, les surfaces cruentées étant mises en contact l'une avec l'autre, puis on les replacait dans les récipients stérilisés et maintenus à la température du corps.

Dès que la colporrhaphie était terminée, on passait à la transplantation. Le conduit artificiel destiné à former la future cavité vaginale ayant été bien distendu, on l'aseptisait, on l'asséchait et on y appliquait l'un après l'autre, en les étalant soigneusement, les lambeaux de la muqueuse vaginale. Enfin, pour les maintenir fixés, on tamponnait le nouveau vagin avec de la gaze iodoformée et on laissait le tampon à demeure pendant une dizaine de jours, durant lesquels la patiente devait rester immobile dans son lit.

Mais, à côté de cette méthode, il en est une autre qui consiste à pratiquer la transplantation de toute la muqueuse vaginale en bloc. Pour ce faire, les lambeaux sont appliqués et cousus ensemble en forme de tube, la surface épithéliale tournée en dedans, sur un spéculum de Cusco stérilisé, chauffé et tenu à moitié ouvert. On a soin de laisser entre les lambeaux de petits insterstices pour l'écoulement des produits de sécrétion. En outre, à la partie supérieure de ce cylindre épithélial, on dispose quelques fils de soie en anse, afin de pouvoir retirer le spéculum du vagin en y abandonnant le tube épithélial.

Ayant introduit le spéculum ainsi enveloppé dans sa gaine muqueuse, on tamponne, au moyen d'une longue lanière de gaze iodoformée, la cavité au fur et à mesure qu'on extrait l'instrument. Ce tampon est retiré au bout de huit à dix jours. Quant aux fils, on les enlève trois semaines après et même plus tard. Si l'un des lambeaux muqueux se mortifie, on procède, pour le remplacer, à une nouvelle greffe partielle.

Les lambeaux transplantés ont d'abord présenté, à la suite de deux opérations pratiquées par M. Mackenrodt, une teinte grisâtre, mais au bout de deux semaines ils avaient pris un aspect parfaitement normal ; aucune desquamation épithéliale ne s'était produite.

G. — *Procédés de Snéguireff.* — Voici ce procédé, tel que le chirurgien de Moscou l'a décrit dans le fait dans lequel il a eu l'idée de le mettre en œuvre :

Obs. 23. — *Établissement d'un vagin et d'une vulve aux dépens de l'anus de la partie inférieure du rectum* (1). — Femme âgée de 17 ans, mariée à 16 ans ; jamais réglée, présentant de temps à autre des signes de molimen menstruel. Le coït ne peut jamais être pratiqué. La femme se trouvait dans un état moral pitoyable ; elle était allée jusqu'à essayer de se transpercer la région vulvaire avec un poinçon.

Entrée le 20 octobre 1891. Bien constituée. Organes génitaux externes normaux. Le rectum est accolé à la vessie sur une longueur de trois pouces. Absence complète d'utérus et des annexes.

Opération. — 1er Temps le 16 octobre 1891. La malade est couchée sur le côté droit. Les cuisses fléchies et attirées vers l'abdomen. L'incision de la peau et des tissus sous-jacents fut faite le long du bord de la partie inférieure du sacrum et le long du coccyx jusqu'au bord postérieur de l'anus. Résection du coccyx à travers cette incision. A l'aide du doigt, on sépare le rectum du coccyx ; puis l'intestin est décollé des parties environnantes, entre autres de la vessie sur une étendue de trois pouces à partir de l'anus. L'intestin, attiré avec les doigts dans la plaie, est sectionné entre deux ligatures ; l'ouverture supérieure du segment inférieur de l'intes-

(1) Snéguireff. *Archiv. de tocologie*, 1892, p. 568.

tin est fermée au moyen d'une suture continue, appliquée de façon que la muqueuse regardât partout en dedans. Ainsi fut formé le cul-de-sac ou la cupule du nouveau vagin. Le segment supérieur du rectum fut séparé de la vessie et des parties ambiantes, puis attiré en bas et suturé à l'endroit du coccyx réséqué. Il se trouvait ainsi entouré des fibres du releveur pouvant aider à l'action du troisième spincther anal.

2e TEMPS pratiqué 15 jours plus tard. Formation opératoire de de la fente vulvaire exécutée de la fàçon suivante :

La malade étant dans la position de la taille, avec le bistouri introduit dans l'orifice du ci-devant anus, Snéguireff pratique, à travers toute l'épaisseur de l'anneau anal, une incision qui se prolonge jusqu'au bord inférieur de l'urèthre et réunit ensuite la muqueuse rectale aux parties avoisinantes au moyen d'une suture continue. De cette façon, l'orifice circulaire de l'anus a été transformé en une fente longitudinale, entourée par les petites lèvres et présentant une ressemblance frappante avec l'orifice normal du vagin.

Que faut-il penser d'abord de cette opération de Snéguireff à laquelle son auteur a donné le nom de restitution du vagin par transplantation de l'anus et du rectum ? Nous ne contesterons pas, tant s'en faut, qu'elle soit fort ingénieuse ; mais elle nous semble tout à fait irrationnelle. C'est à notre avis s'exagérer singulièrement le rôle physiologique du sphincter tertius, c'est-à-dire de ce muscle auquel nous donnons en France le nom de sphincter supérieur de Nélaton, que de penser qu'il soit capable de suppléer le véritable appareil sphinctérien. Il doit presque à coup sûr survenir de l'incontinence sinon des matières solides, du moins des gaz. Sans compter que ce nouveau vagin doit permettre difficilement le coït, en admettant même que celui-ci soit possible, avons-nous le droit d'établir ainsi un anus contre nature avec toutes ses conséquences ? C'est tomber de Charybde en Scylla, d'un mal dans un pire et nous ne voudrions conseiller à personne d'imiter la conduite de Snéguireff.

TRAITEMENT DES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES (1)

Par **Doléris.**

La rétrodéviation n'est pas un symptôme ou une partie élémentaire d'un syndrome, comme on l'a dit.

Elle est en réalité une conséquence pathologique de causes multiples et différentes selon les cas, non une entité morbide. Mais cette conséquence, comme toute anomalie pathologique, devient nécessairement la source de troubles qui lui appartiennent en propre.

I

L'association de la rétrodéviation avec la métrite, la paramétrite, la salpingo-ovarite, lésions tantôt primitives ayant joué un rôle exclusif ou partiel dans la production du déplacement utérin, tantôt concurrentes ou secondaires et jouant, en tout cas, le rôle de complications sérieuses, permet d'établir une première catégorie spéciale.

Dans cette catégorie, il est resté classique de considérer la déviation comme d'importance accessoire; mais c'est là une vue théorique qui ne se peut vérifier que lorsqu'on a acquis, pour chaque cas, la certitude que la cure des lésions inflammatoires utérines et péri-utérines a fait cesser absolument tous les symptômes morbides sans exception.

Mon expérience sur plus de *quatre cents* rétrodéviations observées en douze ans d'une façon suivie, sur lesquelles deux cents environ ont été traitées par des opérations simples et limitées d'abord, plus judicieusement et plus complètement associées ensuite, m'a donné cette première conviction que le traitement de la *métrite* ne suffit pas.

Celui de la *salpingo-ovarite* ne saurait valoir que si, par l'ablation complète des annexes, plus ou moins atteintes, on a tué le fonctionnement génital et provoqué l'atrophie et la mort de l'organe utérin.

En cas de troubles modérés et unilatéraux du côté de la trompe

(1) Communication faite au *Congrès de Genève.*

et de l'ovaire, tantôt récents, tantôt anciens, en cas aussi d'adhérences directes de l'utérus au bassin, de même lorsqu'il s'agit de tumeurs fibreuses commençantes ayant causé la rétrodéviation, la précédente solution ne s'applique point, tout gynécologue s'en tenant alors à des pratiques conservatrices, autant que cela est possible.

Comme d'ailleurs, dans beaucoup de ces cas, l'ouverture de l'abdomen s'impose, ce n'est ni compliquer l'intervention, ni faire œuvre inutile que de la terminer par une opération réductrice, en agissant sur les ligaments ronds ou sur le tissu utérin lui-même, quelle que soit la voie adoptée, cœliotomie vaginale ou cœliotomie abdominale.

Comme restriction à ce qui précède, je dois dire que préalablement à l'intervention définitive, dans cette catégorie de cas, j'essaie longuement et par tous les moyens, d'obtenir la cure des lésions inflammatoires utéro-annexielles.

En cas de succès de ce côté, deux avantages sont obtenus : 1° on peut juger de l'importance et de la gravité des symptômes morbides persistants; 2° on peut s'abstenir de pratiquer l'ouverture de l'abdomen.

Les indications pour l'opération, visant dès lors uniquement la déviation débarrassée des lesions accessoires, cessent d'être théoriques pour devenir éminemment rationnelles et défier toute discussion.

Malheureusement, il ne m'est pas permis d'affirmer que la guérison des lésions inflammatoires siégeant dans le bassin, surtout si elles sont d'ancienne date, soit toujours obtenue par les procédés de douceur. Ces procédés exigent aussi, sauf, exception pour les annexites récentes, une longue temporisation. L'ouverture de l'abdomen s'impose donc pour une certaine proportion de cas. C'est à des récidives de salpingo-ovarite mal ou insuffisamment guéries, que j'ai dû d'observer quelques échecs par le raccourcissement des ligaments ronds, dans les premières années que je pratiquais cette opération.

Toutefois, le plus grand nombre des cas ne récidivent pas, et c'est avec un grand bénéfice, que chez des femmes accouchées depuis quelques mois seulement et affectées de rétrodéviation avec annexite peu adhérente, ou chez des femmes atteintes de lésions salpingo-ovariques plus anciennes mais déjà en voie de

guérison, j'ai pu me contenter d'opérations pratiquées par l'extérieur ou de traitements plus simples encore.

J'ai pratiqué, dans des circonstances variées, mais répondant aux formes visées ci-dessus, 33 hystéropexies directes ou indirectes, c'est-à-dire la suture de l'utérus seul à la paroi abdominale, ou la suture des ligaments ronds raccourcis, dans la plaie, ou la combinaison des deux que j'ai le premier exécutée en 1890 (*Thèse* de Baudouin).

Ma conclusion générale sur les rétrodéviations, compliquées de lésions inflammatoires utérines ou pelviennes, est donc que :

1° Il faut s'efforcer d'abord, par une thérapeutique d'attente, d'obtenir la preuve que le déplacement seul, débarrassé de tout autre élément morbide est bien la cause de troubles persistants. Cette preuve sera obtenue le plus souvent.

2° La disparition temporaire ou définitive des symptômes, concurremment à la disparition des lésions, indique qu'il faut s'en tenir à une thérapeutique d'attente; sans négliger toutefois de recourir à l'emploi du pessaire, en vue de la restitution intégrale de la statique pelvienne normale d'abord, mais surtout en vue de rétablir la possibilité du fonctionnement physiologique, de faciliter la fécondation et le cours régulier de la menstruation. La négligence de l'emploi du pessaire, ou une application défectueuse de cet appareil, ou sa suppression prématurée, ramènent trop souvent les troubles un instant disparus ; et la permanence comme le retour de la déviation, créent un état antiphysiologique défavorable à la menstruation et à la fécondation, autant que fâcheux pour l'intégrité du rôle mécanique du plancher pelvien.

3° En cas d'échec de cette thérapeutique minima, la question reste entière. L'expérience montre, que s'il existe des lésions pelviennes et des adhérences utérines, il faut se tourner du côté des opérations qui permettent d'atteindre, de guérir ces lésions, et en même temps de redresser définitivement l'utérus.

Dans les cas tout à fait simples, où il ne s'agit que de métrite, la combinaison des opérations sur l'endométrium et le col, doit s'effectuer avec celles qui visent la réduction et la fixation de l'utérus par l'extérieur, c'est-à-dire le raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds.

Comme considération extrêmement importante, j'ajoute que, chaque fois que le traitement *minimum*, tel qu'il a été envisagé

contre les lésions de l'utérus ou des annexes, comporte un acte ayant un caractère nettement chirurgical, c'est-à-dire une opération véritable, c'est une faute que de se limiter à ce minimum; il convient au contraire d'aller jusqu'au bout des indications et d'assurer toujours la réduction définitive de l'utérus par un procédé approprié, ce qui dispense de l'usage du pessaire, qui n'est point sans inconvénient. Ici la multiplicité et le nombre des opérations combinées, n'est plus un succès chirurgical : car loin de dépasser le but, comme le font les mutilations inutiles, elle devient la conséquence logique des indications tirées de l'état morbide considéré dans tous ses éléments sans exception, et permet d'atteindre l'idéal physiologique tout en restant l'idéal conservateur.

II

Il est une deuxième catégorie de rétrodéviations dues à la faiblesse, native ou acquise des ligaments. Dans cette catégorie, c'est l'élément musculaire surtout, non l'élément fibreux comme on l'a dit, qui se trouve soit foncièrement, soit accidentellement affecté.

La déviation *de faiblesse* existe, au même titre que la déviation nerveuse, tenant à une parésie temporaire de la musculature pelvienne.

La première est rarement curable autrement que par des opérations combinées en vue de réparer les désordres associés de la déviation en arrière, et de la chute concurrente de parois vaginales affaiblies.

Je n'ai obtenu de résultats positifs et durables que par l'emploi simultané de ces procédés.

J'ai observé, dans ces cas, l'échec habituel des pessaires. J'ai rencontré même des femmes chez lesquelles le port de ces appareils, dont les dimensions avaient été augmentées progressivement pendant de longues années, au fur et à mesure de leur insuffisance, avait déterminé des déformations génitales excessives, sans avoir corrigé la déviation ni modifié notablement les symptômes morbides.

La déviation accidentelle, d'origine exclusivement ou partiellement *névropathique*, que j'ai signalée depuis longtemps, est passible de tous les traitements non opératoires et guérit souvent à

la suite de l'amélioration de l'état nerveux morbide. Elle est toujours amendée, de ce fait, sinon toujours guérie.

III

La catégorie la plus fréquente des rétrodéviations est celle qui a une origine *traumatique*.

Les traumatismes obstétricaux, les opérations, les anomalies de l'accouchement en sont la cause la plus fréquente. Je me dispenserai de les examiner en détail. Je ne ferai que signaler les traumatismes accidentels non obstétricaux, amenés sur les ligaments ou les éléments fibreux et musculaires du bassin par une chute, un effort violent, etc.

Je ferai remarquer, en outre, que souvent ces violences accidentelles, qui semblent causer la déviation au moment même, ne font qu'accentuer un état existant, mais encore virtuel et modéré.

Revenant aux vrais traumatismes obstétricaux, il faut reconnaître qu'ils sont de degrés divers, allant depuis la simple distension exagérée des tissus jusqu'aux éraillures, et aux déchirures complètes de ces mêmes tissus,

Leur siège porte sur des régions différentes ; elles s'exagèrent sur certains points d'une façon plus marquée. Les aponévroses pelviennes, les ligaments antérieurs postérieurs et latéraux de l'utérus, les muscles volontaires tels que le reveleur anal et les muscles du périnée, le col utérin, les parois du vagin, etc., sont lésés simultanément ou isolément. Ce n'est pas le lieu d'insister. Or, chacun de ces éléments a un rôle à jouer dans la statique de l'utérus. Du fait de leur altération, cette statique est compromise plus ou moins sérieusement, cela est indubitable.

Tout traumatisme obstétrical n'est pas suivi de lésions définitives, fort heureusement. Il peut se réparer spontanément et rester sans conséquences.

Les traumatismes légers mais répétés, dans des accouchements successifs et non réparés, créent, à la longue, les cas pathologiques persistants, au même titre que les grandes déchirures produites par les grandes violences obstétricales.

J'ajouterai enfin que les déviations de cet ordre se compliquent assez souvent des *lésions inflammatoires* envisagées isolément tout à l'heure. Cette combinaison ne fait rien perdre aux conclusions déjà émises. Tout au contraire, les conclusions qui vont

suivre doivent être appliquées par surcroît aux cas de la première catégorie, tout comme celles qui visaient ces cas précis gardent toute leur valeur pour la présente catégorie.

Cela me dispense de m'égarer en dehors des déviations purement traumatiques et de me limiter aux considérations qui leur appartiennent en propre.

Tout d'abord, il importe, au point de vue du traitement, de les bien diviser en rétrodéviations *récentes* et en rétrodéviations *invétérées*.

A. — Les premières sont parfois susceptibles de guérison par les moyens orthopédiques; c'est un jugement auquel j'adhère entièrement.

Mais, après expérience faite pour chaque cas de l'emploi de ces moyens auxquels on peut ajouter le massage et les autres ressources thérapeutiques analogues, la gynécologie opératoire doit nécessairement intervenir. Quelle doit être l'intervention?

Il est difficile de faire de bonne thérapeutique sans établir au préalable une bonne pathogénie.

De l'étude détaillée des lésions élémentaires doit se déduire l'indication sériée du traitement.

Je me sépare entièrement de ceux de mes collègues qui veulent qu'on adopte un précepte univoque pour tous les cas.

Je ne peux donc adopter les conclusions de M. Pozzi, qui, exagérant, à mon avis, la fréquence et l'importance de la *métrite*, y voit le principal élément pathologique à supprimer, et y ajoute, dans le cas de lacération périnéale, la colpopérinéorrhaphie, en insistant sur la nécessité de réduire l'orifice vulvaire aux moindres proportions possibles, parce que là est, pour lui, un des principaux inconvénients de la maladie.

Cette manière de procéder, qui prétend à la simplification du traitement, m'a donné de nombreux mécomptes au début de ma pratique. C'est la méthode exclusivement employée jusqu'en 1884, époque où l'on réhabilita le procédé opératoire de réduction durable de l'utérus par l'opération d'Alexander. Auparavant, en effet, on se bornait aux opérations plastiques d'après les méthodes allemandes, en y ajoutant, suivant les cas, les opérations du col utérin.

Je ne puis accorder réellement qu'un point sur lequel semble s'être exclusivement fixée l'attention de M. Pozzi; c'est que, dans les

formes récentes, où la rétrodéviation est intermittente, disparaissant aujourd'hui, se reproduisant demain, par l'effet d'une fatigue ou du simple décubitus, la méthode ancienne peut réussir. Dans ces cas, où l'étape franchie par la lésion n'est pas considérable, où il s'agit de *mobilité anormale* de l'utérus, si l'on préfère ce mot, il suffit de restaurer le plancher pelvien pour arrêter l'évolution des troubles mécaniques et enrayer la dislocation, tout au moins pour maintenir la déviation à un degré tolérable.

Mais, et j'y insiste, ces cas ressortissent aux faibles degrés de la déviation, presque toujours associée à la descente de la matrice. Il s'agit alors d'un utérus qui s'abaisse parce que ses moyens de suspension sont affaiblis. Le prolapsus de l'organe augmente progressivement après une période d'oscillations d'une durée variable ; il se rétrodévie par l'unique raison que, en vertu des lois mécaniques connues, le plancher pelvien fléchissant de plus en plus, l'utérus ne peut descendre qu'en se plaçant dans l'axe de l'ouverture vaginale ; il ne peut obéir au mouvement de propulsion que lui communique la pression abdominale qu'en s'engageant dans la seule voie de sortie qui lui est offerte. A ce moment, suivant les circonstances, ou bien il se hernie rapidement vers la vulve et ce qu'on observe alors, c'est un prolapsus très accentué ; ou bien il se luxe en arrière et bascule définitivement dans le Douglas. A partir de cet instant, les ligaments antérieurs et postérieurs ont subi le maximum de tiraillements et sont perdus pour le maintien de l'organe.

Mais il est aisé de concevoir que si l'opérateur intervient avant ce moment si périlleux pour la statique utérine, une bonne opération sur le col hypertrophié et une colpopérinéorrhaphie bien faite arrêtent le mouvement de descente en allégeant le poids de la matrice et en relevant le plancher périnéo-pelvien. Les ligaments encore actifs et susceptibles de recouvrer leur ressort primitif, grâce à l'aide que leur apporte cette double intervention, reprennent alors leur rôle normal : les ligaments ronds attirent le fond en avant, les ligaments utéro-sacrés ramènent le col en arrière et, sans efforts désormais, soutiennent leur rôle physiologique qui consiste, non pas à suspendre la matrice, mais à limiter les déplacements physiologiques en avant et en arrière que lui impose le jeu des organes voisins, la vessie et le rectum.

C'est ainsi qu'agissent le pessaire, les tampons, les réductions

répétées à la sonde, aidés du massage qui ranime et excite l'action nerveuse sur les ligaments dont la structure est musculaire, il ne faut pas l'oublier. Assurément, la colpopérinéorrhaphie est préférable à ces moyens, car elle reconstitue définitivement le support pelvien.

Voilà les limites que je dois, de par les faits, assigner à l'action de cette méthode opératoire incomplète et à toutes les interventions incomplètes de même ordre.

Leur succès est, même dans des cas favorables en apparence, fort problématique. Je les ai vus échouer quelquefois.

Il ne dépend pas toujours, en effet, du gynécologue de savoir si le mal est ou n'est pas trop ancien ; de juger exactement de l'état actuel des ligaments, ni d'assurer qu'ils pourront reprendre leur rôle ultérieurement. Un bon nombre d'échecs sont là pour répondre négativement.

Et alors, la maladie reste entière, en ce qui concerne la dislocation utérine, encore que le remède ait pu améliorer certains symptômes.

On dit alors que les malades souffrent moins, ou ne souffrent pas d'une façon constante, ou ne souffrent plus du tout. Peut-on dire que d'autres symptômes que la douleur aient également disparu? La dysurie, la compression du rectum, l'incapacité pour un travail régulier, les réflexes nerveux, les troubles menstruels, l'inaptitude à la fécondation ne persistent-ils pas plus ou moins ? Assurément si. Là est la vérité pour beaucoup de cas dans lesquels la rétrodéviation en tant que dislocation n'a pas été visée par l'intervention, et il faut bien qu'il en soit ainsi puisque dès longtemps on adjoignait le pessaire aux opérations plastiques, et puisqu'on a senti plus tard la nécessité de compléter celles-ci par la fixation de l'utérus en avant.

Ma conclusion est donc que c'est là une méthode quelquefois bonne, souvent insuffisante pour assurer la guérison. Et j'ajoute encore ici que, puisque cette méthode est de nature chirurgicale, l'indication logique est de la faire aussi complète que possible pour peu que le pronostic du succès soit douteux, par conséquent de la compléter par la fixation du fond de l'utérus en avant.

B. — Pour les cas où la rétrodéviation est invétérée, et où le fond de l'utérus, refoulé en bas de plus en plus, a profondément défoncé et élargi le cul-de-sac de Douglas, où il a même repoussé en

avant la sangle du releveur et fait saillie sous la paroi vaginale postérieure ; pour les cas les plus accentuées encore où cette paroi postérieure se hernie vers la vulve en même temps que le fond le l'utérus renversé, les opérations plastiques sont matériellement insuffisantes et inefficaces.

A plus forte raison si la paroi vaginale antérieure est elle-même affaiblie et affaissée, le col utérin hypertrophié et l'isthme allongé, le périnée lacéré partiellement ou complètement, sans préjudice des complications inflammatoires.

Pour toutes ces espèces, l'obligation, sous peine d'échec, d'associer les opérations plastiques à la fixation de l'utérus, après réduction, devient formelle.

Après douze années d'expérience et l'observation d'un grand nombre de cas, ce précepte des *opérations combinées*, que j'ai le premier tracé en 1887, au congrès de New-York, avec une série de 15 cas, est devenu une règle impérieuse.

Relever une à une chacune des lésions résultant du traumatisme ou de l'inflammation, apprécier par les procédés cliniques l'état de chaque élément intéressé à la statique pelvienne et utérine, apprécier aussi exactement que possible le degré de chaque lésion et établir le programme opératoire, tel est le principe de ma conduite thérapeutique. Chaque intervention n'est pas ici une opération, mais bien un temps opératoire ; donc peu importe l'importance de la série, si elle est raisonnablement exécutable en une séance qui ne dépasse pas une heure à une heure et demie pour les plus compliquées.

Les opérations de ce genre les plus complètes que j'ai été amené à exécuter, se composaient : 1° Du curettage utérin ; 2° de l'opération plastique de Schrœder sur le col ; 3° de la colporrhaphie antérieure ; 4° de la colpopérinéorrhaphie avec obligation, dans 5 cas, d'extirper une glande vulvo-vaginale suppurée ; 5° du raccourcissement des ligaments ronds ou de l'ouverture de l'abdomen pour l'ablation unilatérale des annexes malades suivie de l'hystéropexie.

Mais ces combinaisons opératoires sont exceptionnelles fort heureusement, car elles réclament le maximum de temps. Il est à noter que l'on peut restreindre beaucoup la quantité de chloroforme et que la perte de sang est insignifiante. Je ferai remarquer, néanmoins, que la plupart des temps est facilitée singu-

lièrement par la lésion même, comme l'opération plastique de Schrœder qui peut se faire en dix à douze minutes, dans la plupart de ces cas sur un col qu'on abaisse à volonté ; le curettage n'exige guère que cinq à six minutes.

La colporrhaphie antérieure n'est pas une opération longue.

Quant à la colpopérinéorrhaphie, c'est le temps le plus long; je l'ai remplacée par la colpopérinéoplastie par glissement, qui est une opération facile et singulièrement rapide, à laquelle je trouve cet autre avantage de ramener en avant et de tendre utilement le faisceau ansiforme du releveur.

Quant au temps ultime qui consiste à fixer l'utérus en avant, sa longueur dépend du choix du procédé, et c'est ici que se placerait la discussion du choix entre les différents moyens dont les uns consistent à reporter le col utérin en arrière par le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, dont les autres consistent à ramener le corps en avant par : 1° le raccourcissement des ligaments ronds, soit à l'anneau inguinal, soit par le ventre, soit par la cœliotomie vaginale antérieure ; 2° la suture de la face antérieure et non du fond de l'utérus à la paroi abdominale à des hauteurs différentes par la laparotomie ; 3° la suture de l'utérus à la vessie ou au vagin par la cœliotomie antérieure.

Enfin quelques auteurs ont proposé de combiner, par la laparomie, le raccourcissement des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés simultanément ; récemment la même combinaison a été pratiquée par la voie vaginale, grâce à l'ouverture successive des deux culs-de-sac du vagin. Je n'ai aucune espérience de ces opérations par le vagin. Deux motifs m'en ont toujours éloigné : d'abord le raisonnement où j'ai puisé des arguments contre ces pratiques qui semblent se discréditer aujourd'hui par les dangers qu'elles font courir à la parturition ; ensuite ce fait bien simple, que je me suis toujours bien trouvé dans ma pratique de l'opération d'Alquié-Alexander et de l'hystéropexie, et n'ai point ressenti la nécessité de chercher mieux.

Je dirai de suite, pour n'y plus revenir, que je réserve l'hystéropexie à la rétrodéviation compliquée d'annexite ou de tumeurs abdominales quelconques.

Je pratique la suture assez bas sur la face antérieure de l'utérus pour ne point qu'elle gêne ultérieurement le développement gravidique de l'organe. Sur mes opérées par l'hystéropxie, je ne con-

nais pas d'accident du genre de ceux qui ont été signalés. Deux malades, l'une opérée par Albarran, l'autre par Pichevin, ont récemment accouché dans mon service sans complication. Dans un cas de paroi abdominale très relâchée et amincie, chez une femme de petite taille, j'ai observé une profonde ombilication de la cicatrice. J'ai pu constater plus tard, en opérant son éventration, que l'adhérence utéro-péritonéale s'était convertie en un pédicule mince, de plusieurs centimètres de longueur.

L'éventration et l'allongement de l'adhérence, suivies du retour de l'utérus en mauvaise position, est presque toujours la conséquence de ce qu'on néglige de reformer le support de l'utérus : le plancher pelvien. Avec cette précaution et une bonne suture, la fixation résiste bien, même à des grossesses répétées sans avortement ni accouchement prématuré.

Néanmoins, l'hystéropexie est une opération qui crée une *anomalie;* elle est antiphysiologique, et bien qu'on se plaise peut-être à en exagérer les conséquences, elle doit être une opération de nécessité et non de choix. Inutile, sans doute, après l'ablation bilatérale des annexes, il est prudent de fixer l'utérus après l'ablation unilatérale, ou la simple rupture des adhérences.

A la suture directe de l'utérus à la paroi, je préfère encore le raccourcissement des ligaments ronds par fixation et suture de ces ligaments dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

J'avoue que, souvent, le scrupule et la crainte de ne point assurer suffisamment par ce moyen le succès m'ont rendu méfiant pour cette technique employée seule, et que j'ai associé volontiers les deux manières de faire.

Pour l'opération d'Alquié-Alexander, j'en suis resté, depuis 1885, un partisan fervent.

Je considère cette opération comme très sûre, et à peu près toujours exécutable par la voie inguinale ; à défaut de celle-ci la voie abdominale ne me répugne aucunement, mais je place la voie inguinale en première ligne parce qu'elle est extérieure, mieux acceptée par les malades et tout aussi simple,

Elle ne laisse d'ailleurs qu'une cicatrice insignifiante cachée par les poils du pubis et invisible. Je l'ai exécutée environ 150 fois. Elle n'a jamais été suivie, à ma connaissance, chez mes opérées, dont j'ai pu obtenir des nouvelles récentes, de douleurs locales ni de hernies. Les premières s'évitent par la résection

soigneuse des filets nerveux au moment de l'opération, et la hernie par la fermeture très exacte de l'orifice inguinal ainsi que du trajet.

Une bonne asepsie met à l'abri de la suppuration ; il y faut ajouter l'occlusion absolue de chacune des plaies par un pansement antiseptique collodionné.

Une large suture, réunissant les tissus profonds au tégument, prévient le décollement et l'infiltration sanguine,

Ces derniers inconvénients de l'opération, observés par moi de temps à autre, au début de ma pratique, ont disparu avec une meilleure technique.

Les suites éloignées de l'opération n'ont aucune conséquence pour la gestation, en même temps que, sans conteste possible, le redressement utérin favorise la fécondation chez les femmes stériles. Les quelques échecs que j'ai observés à mes débuts ont tenu à ce que le retour de la rétrodéviation a été le fait d'adhérences anciennes mal libérées, ce qui m'a fait renoncer à la voie inguinale et préférer la voie abdominale pour ces cas.

Un dernier point reste à liquider. Même avec le raccourcissement des ligaments ronds, si le fond de l'utérus est ramené en avant, le col, dans certains cas, ne revient point suffisamment en arrière. L'utérus est en quelque sorte suspendu presque verticalement. C'est lorsque le cul-de-sac de Douglas a été profondément défoncé qu'il existe une colpocèle rétro-cervicale très accentuée à laquelle le procédé rapide de la colpo-périnéoplastie ne touche pas.

C'est pour ces cas qu'on a imaginé la résection du cul-de-sac vaginal postérieur suivi de sa suture ; cela équivaut à réséquer les ligaments utéro-sacrés eux-mêmes, puisque, en fait, le col est reporté vers le sacrum et qu'à la longue les cordons musculaires se reconstituent. Mais, ainsi que l'a fait remarquer Sänger, en 1891, l'opération que j'ai proposée et que j'exécute, dans ces cas, à savoir la colporrhaphie rétro-cervicale large qui, en somme, supprime toutes les couches du cul-de-sac, sauf le péritoine, donne un résultat identique.

Je la pratique donc d'abord, et je la complète en avant par mon procédé de périnéoplastie par glissement. Ce sont deux opérations plastiques isolées sur la même paroi postérieure du vagin, mais leur exécution est encore plus rapide que la colpo-périnéorrhaphie

ancienne par les méthodes de Schrœder ou de Martin. Par cette association opératoire, quand elle est jugée nécessaire, l'utérus est reporté et fixé en position normale, suivant les lois physiologiques.

Je termine enfin par cette conclusion : que la simple fixation de l'utérus, par un quelconque des procédés connus, est insuffisante dans les formes dont je m'occupe, si on n'y ajoute les opérations plastiques. Les deux méthodes ne peuvent point suppléer l'une à l'autre ; loin de s'exclure elles doivent se compléter nécessairement. Elles constituent ma méthode déjà ancienne des *opérations combinées* qui remonte à dix ans.

J'ai à peu près constamment reconnu les effets fâcheux de la négligence d'un seul des temps opératoires, quand l'indication en existait au moment de l'intervention. Il m'est arrivé d'avoir à faire des traitements complémentaires soit sur quelques-unes de mes opérées, soit sur des malades opérées par d'autres chirurgiens. Ces expériences m'ont rendu de plus en plus scrupuleux dans l'application du traitement combiné intégral.

Ainsi compris et exécuté il réalise l'idéal thérapeutique : disparition de tous les symptômes morbides sans exception ; — restitution des organes en l'état normal ; — restitution des fonctions physiologiques ou amélioration de ces fonctions. Je compte dans ma statistique plusieurs femmes, stériles jusque-là, qui ont eu jusqu'à trois et quatre grossesses.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE, TENU A GENÈVE DU 31 AOUT AU 5 SEPTEMBRE 1896 (1).

I. — GYNÉCOLOGIE

QUESTIONS DIVERSES

Sur l'occlusion intestinale aiguë consécutive à l'hystérectomie vaginale.

E. Gutiérrez (Madrid). — L'occlusion intestinale, à la suite de l'hystérectomie vaginale, est un accident qu'on doit toujours redouter, même dans les opérations les mieux pratiquées.

(1) Voir *Annales de gynécologie*, septembre 1896, p. 281.

Pour prévenir cette complication, il faut bien débarrasser avant l'opération tout le canal digestif avec des purgatifs répétés et des irrigations boriquées tièdes.

On doit appliquer les pinces directement sur les ligaments larges sans les tordre, et une fois l'extirpation achevée, il faut faire la suture péritonéo-vaginale pour favoriser le glissement des anses intestinales sur une surface lisse.

Si, après l'ablation des pinces, les purgatifs légers et les lavements ne provoquent pas l'évacuation de l'intestin, il ne faut pas hésiter à placer deux doigts dans le vagin et à les promener sur le pourtour de la collerette pelvienne pour détacher les adhérences qui peuvent exister, et répéter ensuite les laxatifs, les irrigations intestinales, les courants électriques. Quand tous ces moyens employés pendant vingt-quatre heures ont échoué, il ne reste plus à faire que la laparotomie.

Jacobs (Bruxelles). — Dans les cas d'occlusion intestinale post-opératoire, il faut toujours se demander s'il ne s'agit pas d'une infection, dont l'obstruction n'est qu'un symptôme. J'ai perdu moi-même des malades d'occlusion post-opératoire, et je suis convaincu qu'il s'agissait toujours de septicémie.

A mon avis le mot *shock* doit être supprimé en ce qui regarde les complications des opérations abdominales, car tous les accidents que l'on désigne sous ce nom sont, en réalité, d'origine septicémique.

Il y a, d'autre part, des cas dans lesquels l'occlusion intestinale peut se produire mécaniquement, en raison de la technique suivie pour l'hystérectomie vaginale. En effet, on termine souvent cette opération en bourrant la cavité vaginale, entre les pinces, soit avec des éponges, soit avec de la gaze. Or, celle-ci, quelque aseptique qu'elle soit, devient rapidement adhérente à l'intestin, et en vingt-quatre à trente-six heures les phénomènes d'occlusion peuvent éclater.

Cela est si vrai que, si l'on intervient à temps et si, après avoir enlevé le tamponnement, on va détruire les adhérences avec les doigts, les accidents disparaissent rapidement.

J'en suis arrivé à ne plus jamais faire de tamponnement, fermant la voûte vaginale avec un seul point médian lorsque j'ai rencontré du pus, et fermant au contraire le vagin d'une façon

complète, avec plusieurs points de suture, lorsqu'il n'y a pas eu de pus au cours de l'opération.

Reynier (Paris). — Je suis de l'avis de M. Jacobs quand il dit que les occlusions consécutives aux grandes opérations abdominales, à l'hystérectomie vaginale, en particulier, sont le plus souvent dues à des phénomènes septicémiques. Toutefois, je crois qu'il faut, dans nombre de cas, attacher une certaine importance à l'état nervosique, qui prédispose les malades à ces parésies intestinales. C'est ainsi que j'ai observé une jeune femme très nerveuse qui accusa, quinze jours après son opération, de la parésie intestinale et de l'obstruction, lesquelles disparurent sous l'influence du sirop d'éther, de la teinture de valériane et de lavements de camomille additionnés d'alcool camphré.

Comme notre collègue bruxellois, je crois qu'il est mauvais de bourrer la cavité abdominale avec de la gaze iodoformée, sauf dans le cas d'hémorrhagie : la gaze, en effet, peut contracter des adhérences avec l'intestin, et, lorsqu'on la retire, elle entraîne celui-ci dans l'ouverture vaginale. Aussi, lorsque l'intestin a de la tendance à se prolaber, me contenté-je souvent de fermer l'ouverture péritonéale par un point de suture médian placé entre les pinces.

Pichevin (Paris). — Le choc opératoire, pour être exceptionnel, n'en existe pas moins et le fait est démontré expérimentalement. Il se manifeste immédiatement après la laparotomie ou l'hystérectomie. Dans un cas je l'ai observé très nettement et il m'a fallu plus de deux heures pour remonter la malade, qui n'avait pas perdu du sang. J'avais exercé des tractions prolongées sur l'épiploon épaissi et adhérent aux annexes. Le traumatisme portant sur l'intestin amena la desquamation de la séreuse, et la parésie du muscle sous-jacent. Des purgatifs et l'électricité ont réussi à enrayer les accidents. L'examen bactériologique et les cultures ont démontré qu'il n'existait pas de microbes dans le liquide péritonéal. Enfin, la compression donne lieu aussi à des phénomènes d'obstruction, en dehors de la septicémie péritonéale primitive.

Byford (Chicago). — Dans l'hystérectomie vaginale, j'emploie la ligature de préférence à la forcipressure.

Le danger attribué au tamponnement que l'on fait dans l'hysté-

rectomie pratiquée avec les pinces est dû à la situation élevée des tampons dans le vagin. Il suffit de tamponner le cul-de-sac de Douglas, au niveau duquel les intestins ne se trouvent nullement en contact avec les tampons.

REIN (Kiew). — A mon avis, le choc opératoire existe bien réellement. Il est certain, si l'on amputait les quatre membres, que l'opéré risquerait fort de mourir de choc. Il en est de même lorsqu'on enlève une tumeur quelconque ayant contracté des adhérences solides et anciennes avec les intestins.

Nous ne savons pas d'une façon réellement scientifique ce que c'est que le choc, mais l'observation clinique ainsi que les expériences physiologiques nous prouvent que le choc existe indépendamment de toute infection.

JAYLE (Paris). — De 1890 à 1895, j'ai étudié les suites immédiates de plus de 500 laparotomies, et sur ce nombre j'ai fait une cinquantaine d'autopsies.

Dans tous les cas où la mort est survenue vingt-quatre heures après l'opération, j'ai toujours constaté l'existence d'une septicémie péritonéale, révélée par la présence dans le péritoine de microbes multiples, dont le principal était le streptocoque; or, plusieurs fois l'occlusion intestinale ou le choc opératoire avaient été incriminés. C'est cette infection qui est le plus souvent observée par le chirurgien.

Je pense donc qu'il faut, avant d'invoquer le choc opératoire, qui tend à mettre la cause de la mort sur la faiblesse de l'organisme de l'opérée, établir bactériologiquement par l'examen de la sérosité péritonéale et du sang qu'il n'y a véritablement pas d'infection.

De l'hystérectomie vaginale dans l'inversion utérine puerpérale.

DURET (Lille). — Lorsqu'on pratique l'hytérectomie vaginale pour l'inversion utérine puerpérale, les premiers temps de l'opération exécutée selon les méthodes ordinaires se heurtent à une légère difficulté, si l'inversion s'accompagne de prolapsus. Le col est alors complètement effacé ; la surface muqueuse de l'utérus inversé se continue sans ligne de démarcation avec la muqueuse vaginale ; à peine remarque-t-on une différence de coloration.

Sur quel point précis faire porter l'incision transversale du cul-de-sac antérieur et du cul-de sac postérieur, temps par lesquels commence toute hystérectomie ? Nous avons été aidé, dans la détermination du lieu de l'incision, par le palper; en saisissant entre le pouce et les doigts le pédicule de la tumeur, on apprécie aisément, à travers son épaisseur, le point où se trouve le museau de tanche et on sectionne au-dessus. Il faut alors pénétrer avec prudence, car on tombe aussitôt dans l'infundibulum pelvien, au-dessous de son collet. Il n'y a pas de décollement de la vessie à opérer ; celle-ci est restée en dessus de l'incision.

Dès qu'on pénètre dans l'infundibulum par les incisions transversales, soit en avant, soit en arrière, on risque de blesser les viscères qui y sont inclus. Aussi, dans nos opérations, la petite boutonnière antérieure étant faite avec précaution, nous explorons l'infundibulum, nous nous rendons compte par le toucher des organes qu'il contient. S'il n'y a pas d'adhérences, on peut les réduire et les maintenir sur un point plus élevé par un tampon iodoformé. Il est plus simple, plus prudent alors, de continuer l'hystérectomie par le procédé de la section médiane.

Du milieu de l'incision transversale antérieure, nous faisons tomber perpendiculairement une seconde incision qui, partant de là, divise la face antérieure de l'utérus jusqu'à son fond. Le doigt introduit par la boutonnière antérieure, jusqu'au fond de l'infundibulum, dirige l'instrument tranchant et prévient la blessure des organes herniés. Par la large ouverture de la face antérieure de l'utérus, on aperçoit aisément les annexes et leurs pédicules, qu'on peut lier déjà en partie, comme nous l'avons fait dans un cas.

A ce moment de l'opération nous relevons l'utérus, nous le portons en avant, et nous incisons transversalement le cul-de-sac postérieur jusqu'au péritoine.

Il vaut mieux alors procéder à la ligature des artères utérines ; pour cela, on incise la muqueuse vaginale sur les côtés et on la décolle légèrement. On saisit entre l'index et le pouce la base des ligaments larges contenant l'utérus, et à l'aide d'une aiguille de Deschamps on l'enserre entre deux ligatures fortes à la soie de chaque côté. On achève l'hémisection utérine par une incision verticale de la face postérieure et du fond de l'organe dans toute leur épaisseur.

On attire en bas chacune des deux moitiés; au-dessus on recherche les annexes; on les détache avec les doigts si elles sont adhérentes, puis on place au delà des ligatures très serrées à la soie; on coupe en dedans des ligatures, et l'opération est terminée.

On peut, pour aller plus rapidement dans l'ablation, mettre des pinces qu'on remplace ensuite par des ligatures.

L'hémisection du corps de l'utérus prolabé a été faite dans une de nos opérations, de bas en haut, du fond de l'utérus inversé vers le col.

Comme conclusions, nous croyons devoir émettre les propositions suivantes:

1° L'ablation de l'utérus est indiquée dans les inversions *manifestement irréductibles*, surtout lorsque se développent des accidents graves: hémorrhagies répétées, douleurs violentes, leucorrhées fétides ou gangréneuses qui produisent un empoisonnement septique ou l'hecticité, complications inflammatoires des annexes ou des ligaments larges.

2° Les méthodes anciennes sont insuffisantes et exposent aux accidents septiques. Leurs résultats statistiques sont déplorables.

3° La ligature élastique, selon le procédé de Périer, peut être utilisée en cas d'inexpérience des méthodes modernes; mais elle constitue un mode d'intervention long, douloureux, qui nécessite des soins journaliers et dont les résultats sont incomplets et trop souvent incertains (8,5 0/0 de mortalité);

4° L'hystérectomie vaginale totale est la méthode de choix dans les inversions utérines ou irréductibles. Afin d'éviter la blessure des organes herniés dans l'infundibulum péritonéal, il sera préférable de la pratiquer, par *section médiane*, selon les règles que nous avons indiquées.

Sur la technique de l'hystérectomie.

Bossi (Gênes). — Dans l'hystérectomie vaginale, je ne suis ni partisan absolu de la forcipressure, ni partisan absolu des ligatures.

Entre les deux méthodes, il existe un procédé mixte qui consiste dans l'association de l'emploi des ligatures avec l'usage de

la forcipressure, en usant plus ou moins de l'un ou de l'autre, selon les complications de chaque cas.

D'habitude, je commence toujours par une ligature de chaque côté, qui renferme l'artère utérine et laisse libre tout l'espace du canal vaginal. Puis j'ouvre le péritoine et, selon qu'il y a plus ou moins d'adhérences et des tumeurs plus ou moins volumineuses, je continue soit par les ligatures, soit par la forcipressure, réservant ce dernier moyen pour les cas compliqués.

Je ne fais aucun usage des écarteurs, ayant plus de confiance dans le tact du doigt que dans le sens de la vue, et croyant que l'on arrive aussi bien plus facilement et librement à explorer ce qu'on doit lier et couper.

De l'incontinence d'urine dans les prolapsus utérins au début ; son traitement opératoire.

BOURSIER (Bordeaux). — Parmi les symptômes fonctionnels que l'on observe dans les premières périodes du début du prolapsus, il faut faire une large part aux troubles urinaires, et parmi ceux-ci l'incontinence d'urine mérite une place spéciale.

Elle revêt, en effet, des caractères cliniques particuliers : il y a des incontinences vraies ou fausses, avec ou sans douleurs, mais toujours l'incontinence se manifeste dans la station debout, s'exagère dans les efforts ou à la suite de la fatigue et disparaît d'ordinaire dans la position couchée. Elle a donc lieu surtout pendant que le prolapsus produit son maximum d'effet mécanique et elle n'est nullement en rapport exact avec l'intensité des lésions.

Cet accident paraît toujours être de cause *uréthrale*, et on l'observe dans les cas où l'urèthre a subi des tiraillements et des lésions qui ont été susceptibles de détruire plus ou moins complètement sa tonicité.

La lésion uréthrale constatée, il est naturel de chercher à la combattre par une des nombreuses opérations de correction uréthrale.

Chez une femme de trente et un ans, mariée l'année précédente et qui, dans un premier accouchement, subit dix applications de forceps avec déchirure totale du col et du vagin et partielle du périnée, je constatai les phénomènes de prolapsus au début, avec douleurs urinaires et incontinence douloureuse dans la station debout et au moindre effort. Je lui fis en une seule séance un

curettage avec amputation du col, une large colpopérinéorrhaphie et, en outre, une incision uréthrale avec élévation de l'urèthre par le procédé de Pousson. La malade sortit de l'hôpital complètement guérie de son prolapsus et de son incontinence, et elle est restée telle depuis lors, c'est-à-dire depuis huit mois.

La correction uréthrale n'est pas admise en France dans les cas analogues, et divers auteurs affirment l'efficacité constante de la colporrhaphie antérieure dans ces circonstances (Pozzi, Comar). Aussi, chez une seconde malade, âgée de trente-neuf ans, ayant fait cinq accouchements à terme et sept fausses couches, qui présentait des phénomènes d'entéroptose et de prolapsus génital au début, avec une incontinence d'urine vraie sans douleur, mais constante dans la station debout, je me suis borné à pratiquer un curettage avec amputation du col, une colpopérinorrhaphie et une très large colporrhaphie antérieure. A la suite de ces opérations, la guérison du prolapsus était complète, mais l'incontinence d'urine persista avec les mêmes caractères qu'avant l'opération.

Il résulte de ces faits que l'opinion actuelle est trop absolue et que dans les cas de prolapsus au début, accompagné d'incontinence d'urine, les opérations de correction uréthrale sont indiquées toutes les fois que les lésions uréthrales sont manifestes et accentuées.

Traitement consécutif au curettage pour endométrite.

PLANELLAS (Valence). — Nous avons tous été frappés de la fréquence des récidives des endométrites à la suite du curettage, et je suis convaincu que la plupart de ces récidives sont dues à l'absence de traitement consécutif. Aussi me suis-je appliqué à compléter l'action de la curette par celle d'agents médicamenteux, en employant particulièrement les astringents pour les métrites catarrhales, les hémostatiques pour la variété hémorrhagique, et les antiseptiques pour les variétés infectieuses.

Du massage des ovaires.

A. WASKRESSENKY (Kiew) lit sur ce sujet une note qui peut se résumer ainsi :

Le massage des ovaires soulage et guérit les affections inflam-

matoires de ces organes. D'autre part, les névroses qui accompagnent ces lésions ovariennes disparaissent souvent par la seule action du massage. Enfin, le massage modifie avantageusement les troubles des règles, dépendant des affections de l'ovaire. Avant de faire une opération sur une tumeur ovarienne peu volumineuse, il faut donc essayer d'abord le massage.

Leucoplasie vaginale.

R. PICHEVIN et AUG. PETIT (Paris). — Chez une malade atteinte de leucoplasie vaginale, nous avons constaté, sur une plaque leucoplasique, que le derme, au voisinage de la couche de Malpighi, présente un épaississement sensible ; il a un aspect feutré ; il est infiltré d'éléments inflammatoires. L'épiderme est le siège de lésions manifestes. Il y a à noter la dilatation du corps cellulaire. Dans les couches sus-jacentes on remarque la diffusion de l'éléidine. L'altération la plus nette s'observe dans la couche granuleuse qui est représentée par 4, 5 et 6 rangées de cellules granuleuses. Sur des coupes colorées à l'hématoxyline, à l'hématine, au picro-carmin et examinées à un faible grossissement, ces cellules dessinent une bande intensivement colorée, subdivisée en deux parties par une ligne claire. L'emploi de grossissements plus considérables montre qu'il s'agit de cellules assez volumineuses dans lesquels on ne peut distinguer le noyau. Les couches superficielles sont uniquement formées par des cellules hyperkératinisées dont l'épaisseur atteint la hauteur totale de l'épiderme. Les portions profondes de celles-ci sont imprégnées d'éléidine qui est collectée en certains points en petits lacs intercellulaires, se colorant fortement par le picro-carmin, etc.

Dans une deuxième observation, il s'agit d'un stade plus avancé de la leucoplasie qui, en certains points, se complique d'épithélioma. Sur des petites plaques récentes on voit que la muqueuse vaginale a subi une hyperkératinisation accentuée; au lieu de plusieurs couches de cellules stratifiées, on ne trouve plus dans les zones superficielles que des éléments à parois très épaissies, kératinisés, renfermant un noyau ratatiné, extrêmement petit et plus ou moins fragmenté. Les coupes des parois des cellules dessinent un réticulum irrégulier et épais, dont les mailles renferment des noyaux dégénérés. Dans les portions centrales des plaques

les plus anciennes, l'hyperkératinisation est encore plus accusée: l'épiderme est presque tout entier kératinisé.

Il n'est pas rare de constater l'existence, au sein des cellules épithéliales hyperkératinisées, de globes épithéliaux en voie de formation. Dans les parties les plus dégénérées, les lésions de nature leucoplasique ont complètement disparu ; il n'existe plus que du tissu épithéliomateux à globes plus ou moins volumineux, qui s'est substitué en totalité aux cellules hyperkératinisées.

Dans d'autres cas, les formations épithéliomateuses ont pour origine des prolongements intradermiques dans l'épaisseur du derme.

En résumé, la leucoplasie vulvo-vaginale diffère des vulvo-vaginites et du *kraurosis vulvæ*, que caractérisent l'infiltration de la couche cornée par des leucocytes et des boules hyalines, la diminution du stratum granulosum, une inflammation chronique du derme, etc. La leucoplasie vaginale constitue en réalité une entité pathologique distincte.

La dégénérescence épithéliomateuse des plaques blanches n'apparaît plus, d'après nos préparations, comme un simple accident de la leucoplasie, mais plutôt comme un stade évolutif ultime de cette affection.

Altérations épithéliales du col utérin.

Hotman de Villiers et Thérèse (Paris). — Nous avons observé chez une femme de quarante et un ans, de santé parfaite, sur un col utérin augmenté de volume et exulcéré au niveau des lèvres, une petite plaque blanche de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Cette plaque, d'un blanc nacré, brillant, était recouverte d'une sécrétion épaisse, blanc jaunâtre, se détachant difficilement de la surface sécrétante. Elle semblait comme appliquée sur la surface du col, en faisant un léger relief sur le tissu sain environnant. Primitivement située sur le museau de tanche, elle avait envahi au bout de trois mois la partie supérieure droite du col.

L'état général était resté excellent, et rien ne pouvait faire songer à un début de cancer épithélial; nous pensâmes à rapprocher cette lésion d'une altération de la vulve similaire d'aspect et

récemment décrite par Breisky, Ohmann-Dumesnil et H. W. Longyear sous le nom de « kraurosis vulvæ ».

Ayant fait l'amputation du col, nous avons pu pratiquer l'examen histologique de la plaque, ce qui nous a montré l'existence d'une véritable couche cornée reposant sur une couche de Malpighi épaissie, dont les éléments sont, de place en place, groupés en une sorte d'évolution inodulaire, suivant une disposition qui donnait assez bien l'impression des premières phases d'un épithélioma perlé ou d'un cancroïde, sans que toutefois on pût distinguer le moindre envahissement des tissus sous-jacents par les éléments épithéliaux.

Reproduction expérimentale de « l'emphysème sous-muqueux vaginal ».

DUPRAZ (Genève). — Les recherches que j'ai faites sur l'emphysème sous-muqueux vaginal ou *colpohyperplasie kystique* m'ont permis de démontrer que cette affection est une lymphangite proliférante avec développement de kystes à contenu gazeux.

Les gaz que l'on retrouve ici sont l'ammoniaque, l'hydrogène sulfuré et l'acide carbonique.

Quant à la cause de l'affection, elle est due à un microbe, probablement un saprophyte de l'eau, dont l'injection chez la chienne a reproduit la maladie avec ses détailsc aractéristiques, y compris les cellules géantes de revêtement de la paroi des kystes.

Cette même affection se retrouvant dans la vessie et l'intestin, il serait préférable d'adopter le terme générique d'*emphysème sous-muqueux*, proposé par Eisenlohr pour la désigner. Dans le cas où elle a le vagin pour siège, ce serait de l'*emphysème sous-muqueux vaginal.*

La même maladie est fréquente dans l'intestin du porc : j'ai pu en étudier quelques spécimens.

Tuberculose du pubis et salpingite double tuberculeuse.

COROMILAS. — J'emploie depuis plusieurs années, dans la plupart des cas de tuberculose chirurgicale inopérable pour une cause quelconque, un mode de traitement qui consiste à injecter tous les trois ou quatre jours dans les foyers morbides un mélange composé de 5 parties de camphre, 4 parties de résorcine, 10 parties

d'huile d'olive et 12 parties de sulfure de carbone. C'est ainsi que j'ai procédé chez une malade atteinte d'ostéite tuberculeuse du pubis, avec double salpingite suppurée de même nature et tuberculose pulmonaire au début, et j'ai eu la satisfaction de voir survenir la guérison au bout de peu de temps.

Tumeur kystique proliférante de l'ovaire.

DUMONT-LELOIR (de Tourcoing). — J'ai enlevé par la laparotomie une volumineuse tumeur kystique proliférante de l'ovaire, avec généralisation pariétale, épiploïque et péritonéale.

Les suites opératoires ont été excellentes et la survie date actuellement de trois mois. Cette tumeur pesait 7 kilogrammes, et l'examen histologique démontra l'existence d'une production néoplasique épithéliale probablement maligne.

Un nouveau tube-pessaire intra-utérin.

PAUL PETIT (Paris). — L'auteur commence par rappeler la modification qu'il a fait subir à la tige cannelée de M. Lefour, dans le but de mieux assurer sa fixité, modification consistant dans l'addition au pôle inférieur de la tige, au-dessous du canal transversal déjà percé, d'un anneau tout juste assez large pour qu'on puisse y passer le fil avant de le nouer au-dessous du col, comme on le faisait primitivement. Mais il est tout prêt à l'abandonner pour le dispositif nouveau adopté par M. Lefour.

La tige cannelée lui paraît offrir les plus grands avantages pour la *dysménorrhée par antéflexion congénitale* et pour l'*atrésie utérine par un crayon de chlorure de zinc*, mais il en déconseille l'emploi s'il y a *inflammation circum-utérine*.

Pour combattre la *stérilité d'origine obstructive*, il emploie actuellement, de préférence, un tube en aluminium nickelé, percé de deux étages de fenêtres ovales et présentant, de chaque côté de son extrémité inférieure, deux trous, l'un fixé à même la paroi, à un demi-centimètre de l'orifice, l'autre en travers d'une ailette minuscule qui fait saillie au-dessous. Ces deux trous donnent passage de bord et d'autre à un fil qui se noue sur le côté du col après l'avoir traversé de dedans en dehors, à la hauteur voulue. Ceci fait, l'orifice du tube doit affleurer l'orifice même du col qu'il dilate et se trouve maintenu dans cette position : 1° grâce à

la ligature bilatérale ; 2° par la hernie de la muqueuse dans les fenêtres de l'instrument, hernie assez légère pour être sans inconvénient, étant données les dimensions et le poli de ces ouvertures.

Inutile d'insister sur la nécessité d'une antisepsie minutieuse, avant, pendant et après la mise en place de cet instrument. Elle n'est suspendue que pendant les périodes où la fécondation est recherchée et doit être alors remplacée, aux moments opportuns, par de simples lavages aseptiques.

Coccygectomie. Influence de la mobilité du coccyx sur la rétrodéviation.

Blondel (Paris) insiste sur le rôle méconnu de l'appendice coccygien comme élément de la statique utérine. La mobilité anormale de l'os, par luxation devenue permanente à la suite de traumatisme, ou beaucoup plus souvent comme conséquence de l'accouchement, déplace en avant de 2 à 3 centimètres l'attache du releveur de l'anus ; celui-ci se trouve raccourci d'autant et précisément dans l'axe de sa plus grande longueur où se rencontrent en même temps ses éléments les moins contractiles : il en résulte un glissement du vagin en avant, une colpocèle postérieure dont les conséquences dans l'étiologie de la rétrodéviation sont bien connues. Après l'accouchement, ce glissement est encore facilité par la laxité des parois du canal vaginal et la moindre tonicité de l'anneau vulvaire. Mais M. Blondel a observé cette colpocèle postérieure chez des nullipares, même chez des vierges, et a pu presque toujours constater la mobilité extrême du coccyx consécutive à une chute sur cet os ; dans tous les cas, il y avait un degré plus ou moins marqué de déviation de l'utérus en arrière, et dans un cas rétroversion absolument complète.

Ce qui a empêché de tenir compte jusqu'ici de ce facteur important de la rétrodéviation, c'est l'emploi du terme regrettable de coccygodynie, qui a le tort d'être très vague et le défaut plus grand encore de n'attirer l'attention du médecin que lorsque l'élément douleur entre en jeu, élément très variable ici comme partout et qui n'a aucune valeur dans l'espèce. Certaines femmes souffrent beaucoup avec un coccyx modérément mobile, mais avec des lésions ovariennes rendues plus sensibles par les ébranlements répétés que communique au petit bassin le déplace-

ment du releveur, véritable diaphragme pelvien. D'autres, et c'est le plus grand nombre, ne souffrent que d'une gêne vague, d'une pesanteur dans le petit bassin qu'elles ne localisent pas au coccyx et que l'on comprend parmi le complexus douloureux qui accompagne la rétrodéviation. Il s'agit de la localisation d'un foyer douloureux, élément toujours très variable et habituellement inexplicable, ici comme dans bien d'autres cas analogues. Enfin, il en existe qui ne souffrent aucunement de leur mobilité coccygienne, ni de leur rétrodéviation, si prononcée qu'elle soit, et que l'on a de la peine à convaincre de l'utilité d'un traitement.

Au point de vue du traitement, il faut bien reconnaître que nous sommes jusqu'ici très désarmés, le traitement local étant impossible. Cependant, M. Blondel croit que les pessaires très allongés, du type de celui de Hodge, peuvent rendre de grands services en fournissant un point d'appui à la masse musculaire du releveur, et lui permettent de ne pas se déplacer en avant avec le coccyx, et même peut-être limitent-ils le déplacement de celui-ci en avant.

En tout cas, les malades ont obtenu par ce moyen un réel soulagement ; mais il faut souvent tâtonner longtemps avant de trouver la taille appropriée à chaque cas particulier. La colporrhaphie postérieure rend également des services, en corrigeant le déplacement du vagin.

Dans certains cas cependant, rien ne peut calmer la douleur, soit que la femme souffre depuis très longtemps et qu'une névralgie rebelle, qui seule mérite le nom de *coccygodynie*, se soit installée à ce niveau et survive à la réparation de la lésion, soit qu'il existe un ovaire douloureux et prolabé, dont les mouvements du coccyx réveillent chaque fois la souffrance. Ces femmes sont les mêmes, d'ailleurs, qui souffrent pendant le coït et pendant la défécation. L'extirpation de l'ovaire malade ou celle du coccyx peuvent devenir le seul remède.

M. Blondel a été obligé de faire cette extirpation, dans un cas où le coccyx, très long et très mobile, par suite d'une chute survenue peu après un accouchement, venait heurter un ovaire prolabé, chaque fois que la malade s'asseyait ou exécutait certains mouvements. Il donne le manuel opératoire de cette ablation pour laquelle il préfère à l'incision linéaire médiane de Nott et de Montgomery, deux incisions, l'une transversale, l'autre oblique,

formant lambeau et découvrant, après rabattement, une brèche triangulaire. Il insiste sur la nécessité, après le détachement des fibres du releveur et des ischio-coccygiens, de ne pas abandonner les fibres à elles-mêmes, ce qui accroîtrait encore le relâchement du diaphragme pelvien et son déplacement en avant. Au moyen de fortes ligatures de soie, il reprend ces fibres et les rattache aux ligaments latéraux du sacrum, fronçant les bords de la brèche laissée par l'ablation du coccyx. Repos absolu dans le décubitus latéral et constipation pendant quinze jours.

Chez une malade traitée ainsi, la rétrodéviation, d'ailleurs non compliquée de rétroflexion et n'attaquant pas le fond du Douglas, a été guérie *ipso facto* et sans autre traitement. Actuellement, le col est très remonté en arrière et les douleurs ont entièrement disparu. Pendant l'opération, une fois les fils passés, mais non fixés, il était aisé de constater qu'en tirant sur eux, le périnée tout entier se déplaçait en arrière, et que le col de l'utérus remontait de plusieurs centimètres.

En résumé, M. Blondel conseille, dans les rétrodéviations mobiles, de rechercher toujours les déplacements du coccyx, douloureux ou non. S'il n'est pas douloureux, un bon pessaire remédiera à la fois au déplacement du coccyx et de l'utérus. Si la douleur est le phénomène dominant et que l'ablation des annexes ne soit pas formellement indiquée d'autre part, la coccygectomie, avec réinsertion du releveur de l'anus sur le sacrum, trouvera son indication. Comme cette opération n'est ni plus dangereuse, ni plus difficile que toutes celles qui ont été imaginées pour fixer l'utérus en avant, elle pourra être tentée avec avantage.

Traitement des prolapsus de l'utérus ; résultats éloignés.

MANGIN (Marseille). — Nous sommes intervenu dans 192 cas de prolapsus de toutes variétés par les différents procédés en vogue, nos premiers résultats ne nous ayant pas toujours satisfait. — Chez les malades jeunes ou désirant conserver l'intégrité de leurs organes génitaux nous avons employé les diverses variétés de colporrhaphies et de périnéorrhaphies auxquelles nous reprochons de ne pas rétrécir suffisamment le vagin ou de le raccourcir. — Nous comptions aussi beaucoup sur les moyens de suspension de l'utérus par l'opération d'Alexander ; peu à peu nous en sommes venu à considérer cette opération comme

inutile dans la plupart des cas, ainsi que l'hystéropexie et nous réservons actuellement ce complément des opérations plastiques pour les malades à tissus flasques sans résistance chez lesquelles le vagin se relâche vite ; l'amputation du col nous a semblé nécessaire dans tous les cas pour alléger l'utérus et rendre de la tonicité aux ligaments larges et utéro-sacrés.

Nous obtenons aujourd'hui d'excellents résultats de l'opération de Hegar modifiée de la façon suivante : currettage si nécessité, — amputation systématique du col même sain, — colporrhaphie antérieure trapézoïdale très large à grande base près du col, détachement et soulèvement de la vessie sans ouverture du cul-de-sac en cas de rétroversion, — sutures transversales profondes et superficielles, — colporrhaphie postérieure très large également en forme de trapèze à grande base vulvaire, et périnéorrhaphie ; les sutures toujours placées transversalement pour laisser au vagin toute sa longueur ; les sutures en place le vagin doit laisser à peine passer l'index, il s'élargit toujours suffisamment, — avivement aux ciseaux.

Chez les malades dont la vie génitale est terminée, nous avons employé le procédé de Le Fort légèrement modifié, — surface d'avivement plus large, — affrontement des surfaces au catgut et aux crins de Florence, — rétrécissement de la vulve dont l'ouverture est reportée en avant, — points profonds quand le périnée est déchiré ; cette opération un peu longue peut se faire sans chloroforme, la cocaïne suffit dans ces deux procédés, les malades se lèvent le dixième jour, elles urinent seules en ayant soin de faire chaque fois des injections vaginales antiseptiques au formol ou au sublimé.

Arrivons à notre statistique :

I. — *Prolapsus complet.* — 52 interventions : 1° Par le *cloisonnement du vagin* : 17 cas, 17 succès durables. 2° Par *élytrorrhaphie et périnéorrhaphie* avec amputation du col, seules ou combinées à l'opération d'Alexander 7 fois, à l'hystéropexie abdominale 2 fois : 35 cas, 26 guérisons durables, 5 améliorations, 4 insuccès. — Les 14 derniers cas ont donné 14 guérisons — 6 grossesses, accouchements simples.

II. — *Prolapsus moyen (utérus à la vulve).* — Par élytrorrhaphie amputation du col, périnéorrhaphie : 105 cas, 91 guérisons durables, 14 résultats incomplets dus presque tous à ce que le col sain

n'avait pas été amputé; dans les 30 derniers cas 1 seul retour sérieux d'abaissement chez une malade à tissus peu résistants, 16 grossesses.

III. — *Prolapsus au premier dégré.* — Par élytrorrhaphie, amputation du col, périnéorrhaphie : 35 cas, 35 guérisons opératoires; 5 malades souffrent encore, mais de lésions des annexes, 11 grossesses.

Nous n'avons pas eu de mortalité opératoire, une seule de nos malades a succombé 27 jours après son opération, au réveil d'une ancienne affection rénale; localement elle était guérie et n'avait jamais présenté le moindre symptôme d'infection.

Des dangers d'une conception trop rapprochée d'une ovariotomie.

LAROYENNE (Lyon). — Nous voulons appeler l'attention sur un accident qui est susceptible de se produire par le fait d'une grossesse suivant de trop près une ablation de kyste de l'ovaire.

Il s'agit d'une hémorrhagie intra-abdominale produite par le développement de l'utérus gravide, qui a fait céder le ligament large au niveau du pédicule et déterminé l'ouverture des artères comprises dans la ligature.

Une jeune femme du département de Saône-et-Loire, nullipare, âgée de 21 ans, entre à la Charité de Lyon pour être opérée d'un volumineux kyste de l'ovaire. L'intervention ne présenta rien de particulier; le pédicule était épais, court à gauche, mais en somme n'offrait rien d'anormal et fut lié à l'ordinaire au fil de soie par transfixion avec deux anses enchaînées l'une à l'autre. L'opérée s'en retourna dans un état de santé satisfaisant. Les règles apparurent un mois après l'intervention et firent défaut le second et le troisième mois après cette dernière.

Trois mois après l'opération, en pleine santé, la malade était prise chez elle de douleurs subites dans l'abdomen qui en même temps se développait; des vomissements et de l'anxiété respiratoire apparaissaient et cet état se prolongea pendant cinq jours au bout desquels elle fit à grand'peine le voyage de Lyon pour rentrer à la Charité. La situation désespérée dans laquelle elle se trouvait interdisait alors toute intervention. Nous pensions bien être en présence d'une hémorrhagie interne sans en connaître la source; cependant, la suppression des règles, ayant coïncidé, au dire de la patiente, avec un gonflement des seins, avec des phénomènes nauséeux, pouvait faire prévoir la grossesse. Elle mourut le jour même de son arrivée.

L'autopsie montra la cavité péritonéale remplie de caillots sanguins, et dans l'utérus un embryon de deux mois environ. L'utérus, volumineux

comme il l'est normalement à cette époque de la gestation, était en contact par son bord gauche avec une plaie du ligament large, au niveau du pédicule du kyste. En ce point la ligature était flottante et l'ouverture de deux artères apparaissait béante. C'étaient bien elles qui avaient fourni le sang, en effet, il n'y avait nulle part ailleurs rien d'anormal. La situation de l'utérus en rapport avec le siège de l'hémorrhagie montrait son développement gravidique comme étant la cause de tous ces accidents. C'était lui qui avait déplissé le ligament large et le pédicule et refoulé son lien constricteur.

Cette observation met donc en évidence les dangers d'une grossesse survenant trop hâtivement après une ovariotomie. Elle indique, de plus, que dans le cas où on pourrait intervenir dans le cours de pareils accidents, c'est vers le pédicule du kyste opéré qu'il faut directement guider ses recherches pour tarir l'hémorrhagie.

Nous ne croyons pas d'ailleurs avoir rapporté un fait absolument exceptionnel, et quelques hématocèles foudroyantes ou non ont bien pu succéder à une grossesse — non pas tubaire, mais utérine, — survenant dans ces conditions et par le mécanisme que nous venons d'indiquer.

Mais dans les faits de cet ordre — rares sans doute — le diagnostic rétrospectif de la cause a dû facilement être méconnu.

La colpotomie antérieure à différentes fins.

Sabino Coelho (Lisbonne). — Au delà des douze cas de suppurations unilatérales des annexes et de seize cas de rétro-déviations, pour lesquels j'ai directement fait la colpotomie et dont j'ai parlé dans ce Congrès, j'en compte encore d'autres. Le nombre total de mes colpotomies antérieures est de quarante-cinq.

Quatre de ces opérations ont été faites pour l'ablation de myômes de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf d'oie, sans y compter l'extirpation de tumeurs au cours des colpotomies pour d'autres fins.

J'ai aussi extirpé, par ce moyen, trois kystes de l'ovaire, l'un gros comme un poing et les autres un peu plus grands.

J'ai fait l'opération, dans dix cas, pour le traitement de petits kystes des ovaires et des trompes que j'ai ponctionnés. Je ne comprends pas dans ce groupe les ponctions des kystes au cours des colpotomies avec d'autres destinées. Je n'ai jamais eu un cas

de mort. Toutes les dix-sept de ces mêmes opérées ont aussi guéri, comme les autres vingt-huit, sans fièvre, sans suppuration de l'incision, sans blessure de la vessie ni des uretères. J'en ai revu quatorze. La guérison s'y maintient.

J'ai revu dix de mes douze opérées pour suppurations et quatorze des seize qui ont subi la colpotomie antérieure pour rétro-déviations. La guérison se maintient aussi dans toutes celles-ci.

Traitement de la rétroflexion de l'utérus gravide.

HARTMANN (Paris). — Je désire simplement attirer votre attention sur un point un peu spécial que je ne connais que très peu, m'occupant exclusivement de gynécologie, c'est celui du traitement de la rétroflexion de l'utérus gravide.

Au Congrès de gynécologie tenu à Bordeaux l'an dernier, M. Jacobs (de Bruxelles) a communiqué dix cas de rétroflexion de l'utérus gravide traités par la laparotomie suivie d'hystéropexie. Ce chiffre d'opérations m'a un peu étonné, étant donné ce que j'avais observé antérieurement.

J'ai vu des rétroflexions de l'utérus gravide dans deux conditions différentes :

1° Tout à fait au début de la grossesse ; il n'y avait alors aucun trouble fonctionnel et, d'une manière générale, l'œuf en se développant amenait le redressement de la déviation.

2° Du troisième au quatrième mois, et alors l'utérus à l'étroit dans l'excavation était cause d'accidents. Dans quatre cas ces accidents ont été de même ordre : accidents d'ordre urinaire, grande fréquence des mictions et douleurs pelviennes dans un cas, rétention complète d'urine dans les trois autres. Dans les quatre cas, j'ai réduit sans anesthésie l'utérus en insinuant l'extrémité de deux doigts entre son fond et l'excavation sacrée, commençant la réduction de l'organe par son fond. Dans les quatre cas, l'utérus redressé par cette simple manœuvre, est resté redressé et la grossesse, un instant menacée, a continué son évolution normale, la rétention d'urine cessant du reste instantanément dès que le redressement a été effectué.

Le fait n'a rien qui doive nous étonner. Les adhérences qui unissent l'utérus aux parties voisines, s'élongent en général pendant la grossesse et n'empêchent pas l'organe de se redresser.

— Si l'on étudie les autopsies de rétroflexion de l'utérus gravide, et l'on en trouve en particulier à la suite de morts par accidents urinaires, ayant débuté par une cystite gangréneuse, on voit que les seules adhérences pouvant empêcher d'une façon absolue la réduction, sont celles qui unissent la vessie à l'épiploon et au rectum, formant un véritable couvercle à l'excavation. Ces adhérences, indépendantes de l'utérus, ne subissent pas, comme les autres, de ramollissement et d'élongation pendant la grossesse, mais elles sont exceptionnelles. Dans ces cas, mais dans ces cas seulement, nous croyons la laparotomie indiquée.

Les succès, que nous avons obtenus si simplement chez nos malades, nous engagent à tenter encore dans l'avenir les simples manœuvres de réduction digitale avant de recourir à une opération.

II. — OBSTÉTRIQUE

PREMIÈRE QUESTION

Fréquence relative et formes les plus communes des rétrécissements du bassin suivant les différents pays, groupe de pays ou contrées.

Fancourt Barnes (Londres). — Dans la maternité royale de Londres pendant dix ans, sur un chiffre total de 38,065 femmes enceintes dont les mensurations internes et externes du bassin ont été faites d'après un même système, il s'est trouvé :

150 cas de bassins aplatis avec un conjugué vrai de moins de 9,5 cent.

45 cas de bassins généralement et régulièrement rétrécis avec un conjugué vrai de moins de 10 cent.

0 cas de bassins ostéomalaciques.

N.B. Quels ont été dans votre clinique	Il y avait :
pendant les dix dernières années	74 cas de versions.
les modes d'intervention les plus	196 — » forceps.
usités suivant les différents de-	15 — » crâniotomie.
grés et formes de rétrécissement ?	0 opération césarienne.

Les chiffres démontrent que les rétrécissements en général dans ma maternité sont insignifiants, pas une seule opération césarienne.

Prof. Dohrn (Königsberg). — 1° Dans les limites du territoire allemand, on n'observe pas, suivant les régions, de dif-

férence notable au point de vue de la fréquence des bassins étroits. Il existe, à ce sujet, de nombreuses et exactes observations.

2° La fréquence des bassins rétrécis, abstraction faite de quelques chiffres extrêmes, oscille entre 12 et 18 p. 100. Ce chiffre s'élèverait probablement jusqu'à 20, si les mensurations étaient faites de façon rigoureuse et habituelle.

3° Des bassins rétrécis, le plus commun est le bassin rachitique.

4° Le degré du rétrécissement, qu'il s'agisse de bassins rachitiques ou non rachitiques, est, dans la majorité des cas, modéré.

5° En général, la fréquence des bassins généralement et régulièrement rétrécis est inférieure à celle des bassins plats.

6° D'après notre observation personnelle, le bassin ostéomalacique se rencontre très rarement.

Dr Fochier (Lyon). — *Conclusions relatives à la seule région lyonnaise.* — De l'examen de 120 bassins de femmes pris sans aucun choix et en série continue pendant huit mois à l'amphithéâtre de dissection de la Faculté de Lyon.

De l'examen des bassins de 105 femmes accouchées à la clinique de Lyon pendant l'année 1895, je peux conclure que dans la région lyonnaise il y a 21,66 p. 100 de bassins rétrécis (chiffre anatomique) et 21,11 p. 100 (chiffre clinique).

Que la très grande majorité des bassins simplement aplatis, et un bon nombre de bassins généralement rétrécis ne présentent aucune trace de rachitisme.

Que si l'on tient compte de ce fait que l'on trouve des transitions insensibles entre les types différents de bassins *suffisants* et les types correspondants de bassins rétrécis, la majorité des bassins rétrécis ne doit pas être considérée comme le résultat de phénomènes pathologiques à proprement parler, mais comme des variétés de développement.

Cette assertion est de toute évidence pour les bassins aplatis, moins frappante pour les bassins généralement rétrécis.

Dr Ferré (Pau). — *Bassins viciés rencontrés à la Maternité de Pau.* — (Résultat de l'examen de 1,992 observations existant dans les archives de l'établissement. — Ont été relevés tous les cas où

le squelette du bassin a été indiqué comme pouvant rendre l'accouchement difficile).

Nombre de bassins viciés 44

Soit une proportion de 1 à 45. 25 ou 2,72 p. 100.

Classification de ces bassins autant que les observations le permettent :

Bassins rachitiques	36
dont sans autre signe de rachitisme	3
Bassins viciés sans aucun signe de rachitisme ..	8

dont :

rétrécis au détroit inférieur	5
— dans l'excavation	1
— au détroit supérieur	1
bassin de naine	1

Dr Kufferath *(Bruxelles)*. — La Commission permanente du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique m'a chargé du rapport sur la fréquence relative et les formes les plus communes des rétrécissements du bassin en Belgique.

Je me suis adressé directement et indirectement par la voie des journaux à toutes les cliniques obstétricales du pays comprenant quatre cliniques universitaires (Bruxelles, Gand, Liège, Louvain) et à toutes les Maternités établies dans les principales villes des neuf provinces. Très peu de réponses me sont parvenues. La statistique, que je présente, ne peut donc avoir qu'une signification fort incomplète.

Les renseignements m'ont été fournis par :

M. le docteur Sweerts, d'Anvers (Hôpital Ste-Elisabeth).

M. le professeur Charles, de Liège (Maternité de Liège).

Mlle de Moerloose, de Bruxelles (Maternité des sages-femmes).

M. le professeur Kufferath, de Bruxelles (Maternité, Section universitaire).

Les statistiques fournies sont annexées à ce rapport. Les voici :

I. — Statistique de la Maternité de Liège. (Service de M. le professeur N. Charles.) — Bassins rétrécis des 10 dernières années (1886 à 1895).

	Totaux	Enfants vivants	Enfants morts	Mères mortes
Accouchements spontanés	29 (1g)	28	7	
Accouchements prématurés artificiels	57 (1g)	36	22	
Forceps	31 (1g)	17	15	1
Versions	8	6	2	
Embryotomies	21		21	1
Crochet sur aine	1	1		
Extractions manuelles	3	3		
Césariennes	6	6		
Symphyséotomies	4	4	1	1
	161 (8g)	96	68	3

Soit, en résumé, sur 4,571 femmes en 10 ans, 161 bassins rétrécis, ayant donné (grâce à 4 accouchements gémellaires) 164 enfants, dont 96 vivants et 68 mort-nés ou décédés les jours suivants : Trois femmes sont mortes, deux à la Maternité et une chez elle. Voir les remarques ci-dessus sur ces trois décès.

Remarques sur les décès maternels survenus : un après embryotomie, un après forceps et un après symphyséotomie.

1. Primipare, bassin peu rétréci ; manœuvres à domicile (dilatation manuelle du col et forceps infructueux). — Apportée à la maternité le 3 octobre 1888 : *perforation du crâne*, puis extraction avec les doigts et la pince de Van Huevel ; morte de septicémie le 10 octobre 1888.

2. Multipare (de Chénée) ayant eu trois enfants difficilement par forceps (2 morts) ; bassin vraisemblablement rétréci. — Plusieurs applications chez elle, puis apportée à la Maternité en très mauvais état le 21 décembre 1889. Forceps ici réussit. Refuse d'aller à l'hôpital et est reconduite chez elle le troisième jour ; y meurt le 30 décembre 1889.

3. Primipare ayant un bassin rachitique de 7,5 centimètres. Manœuvres à domicile par la sage-femme, œdème et albuminurie. Apportée ici le 27 septembre 1895. Symphyséotomie et forceps. Morte de septicémie le troisième jour ; enfant vivant. (Voir *J. d'acc*^ts^, 1895, p. 421.)

Notes. — Il n'y a pas eu de bassin ostéomalacique ni oblique ovalaire de Nægele.

2. La plupart des bassins de 8 à 9,5 centimètres étaient simplement aplatis, non rachitiques.

3. La plupart des bassins en dessous de 8 centimètres étaient

rachitiques, généralement et irrigulièrement rétrécis; plusieurs étaient obliques, c'est-à-dire asymétriques, une des moitiés latérales étant plus large que l'autre. Parmi ces derniers, il y avait quelques luxations coxo-fémorales.

4. Les bassins nains avaient moins de 8 centimètres de sacro-pubien.

5. Beaucoup de bassins modérément rétrécis, ont dû échapper, spécialement quand l'accouchement a été spontané, faute d'examen suffisant par les élèves. (La nuit par exemple.)

II. — Statistique de l'hôpital Ste-Elisabeth à Anvers. (Service du docteur Sweerts.) — Sur un chiffre total de 2,298 femmes enceintes dont les mensurations internes et externes du bassin ont été faites d'après un même système, il s'est trouvé :

12 cas de rétrécissement, soit 0,52 p. 100.

9 cas de bassins aplatis avec un conjugué vrai de moins de 9,5 c.

2 cas de bassins généralement et régulièrement rétrécis avec un conjugué vrai de moins de 10 cent.

1 cas de bassin oblique ovalaire.

0 cas de bassins ostéomalaciques.

Parmi ces bassins il s'est trouvé :

		Chiffre total	Bassins dont le conjugué vrai mesure de 8 à 9,5 cm.	Bassins dont le conjugué vrai est au-dessous de 8 cm.
Bassins simplement aplatis non rachitiques		6	5	1
Bassins aplatis rachitiques	Bassins simplement aplatis.	3	3	0
	Bassins généralement et irrégul. rétrécis.	2	1	1
			Conjugué vrai de 9 à 10 cm.	Conjugué vrai au-dessous de 9 cm.
Bassins généralement et régulièrement rétrécis		0	0	0

N.B. Quels ont été dans votre clinique pendant les 10 dernières années les modes d'intervention les plus usités suivant les différent degrés et formes de rétrécissements ?

Dans les bassins au dessus de 8,5 centimètres, forceps ou version à terme.

Dans les bassins en dessous de 8,5 centimètres, accouchement prématuré artificiel.

III. — *Statistique de la section de la Maternité des sages-femmes à Bruxelles (par Mlle de Moerloose, maîtresse sage-femme, période de 25 années).* — J'ai l'honneur de vous communiquer le résultat de mes recherches dans nos registres depuis l'année 1870 jusqu'à ce jour, décembre 1895, concernant les vices du bassin.

Sur un nombre de 11,222 accouchements pratiqués en 25 ans, il y a eu 172 cas de viciation pelvienne.

Bassins dont le diamètre conjugué mesure de 8,5 à 7,5 centimètres	30
— — — » 7,5 à 6,5 »	40
— — — » 6,5 à 5 »	41
— — — » 5 à 4,5 »	3
— — — au-dessous de 4 centimètres	2
Bassins simplement aplatis non mesurés	31
Bassins aplatis par rachitisme non mesurés	12
Bassins ostéomalaciques	2
Bassins obliques	5
Bassins barrés	6
	172

Quant aux modes d'intervention les plus usités, ce sont l'accouchement prématuré artificiel par des procédés divers, l'emploi du forceps, la version et l'embryotomie par le forceps-scie et le basiotribe.

IV. — *Statistique de la maternité de Bruxelles (section universitaire). Service du professeur Kufferath. Période de 10 années.* — Sur un chiffre totale de 5,000 femmes enceintes dont les mensurations internes et externes du bassin ont été faites d'après un même système, il s'est trouvé :

75 rétrécissements, soit 1,50 p. 100.
71 cas de bassins aplatis avec un conjugué vrai de moins de 9,5 centim.
4 cas de bassins généralement et régulièrement rétrécis avec un conjugué vrai de moins de 10 cent.
0 cas de bassins ostéomalaciques.

Parmi ces bassins il s'est trouvé :

		Chiffre total	Bassins dont le conjugué vrai mesure de 8 à 9,5 cm.	Bassins dont le conjugué vrai est au-dessous de 8 cm.
Bassins simplement aplatis non rachitiques		22	22	0
Bassins aplatis rachitiques	Bassins simplement aplatis..	30	13	17
	Bassins généralement et irrégul. rétrécis..	19	0	19
			Conjugué vrai de 9 à 10 cm.	Conjugué vrai au-dessous de 9 cm
Bassins généralement et régulièrement rétrécis		4	4	0

L'ensemble des statistiques précédentes donne pour la Belgique, sur 23,091 accouchements, 419 cas de rétrécissements du bassin, soit 1,81 p. 100.

Malgré les renseignements qui m'ont été envoyés, il m'est impossible de répondre d'une façon complète aux questions formulées dans la circulaire du Comité.

Les auteurs des réponses n'ont pas toujours désigné exactement la variété ni le degré des rétrécissements.

Il ressort de ces tableaux que sur 23,091 accouchements il n'y a que *deux bassins ostéomalaciques* (Bruxelles), soit 0,009 p. 100 ; et 6 *bassins obliques* (1 bassin oblique ovalaire, à Anvers ; 5 bassins obliques à Bruxelles (sages-femmes), soit 0,03 p. 100.

Pour les bassins rétrécis rachitiques et non rachitiques, nous envisagerons seulement les statistiques d'Anvers, Liège et Bruxelles (section universitaire).

La statistique de Bruxelles sages-femmes ne peut pas servir, faute de classification conforme au questionnaire.

Bassins simplement aplatis non rachitiques.

A Anvers, sur 2,298 accouchements, il y a 6 bassins aplatis non rachitiques.

A Liège, sur 4,571 accouchements, il y a 113 bassins aplatis non rachitiques.

A Bruxelles, sur 5,000 accouchements, il y a 22 bassins aplatis non rachitiques.

Total, sur 11,869 accouchements, il y a 141 bassins aplatis non rachitiques, soit 1,10 p. 100.

Un seul de ces bassins (Anvers) mesurait moins de 8 centimètres.

Les chiffres pour cette catégorie de bassins sont forts différents : à Anvers 0,26 p. 100, à Liège 2,48 p. 100 et à Bruxelles 0,44 p. 100.

Ces différences résultent de ce que beaucoup de ces bassins passent inaperçus (voir plus bas).

Bassins aplatis rachitiques (bassins aplatis et bassins généralement et irrégulièrement rétrécis).

Pour Anvers, sur 2,298 accouchements, il y a 5 bassins de cette catégorie.

Pour Liège, sur 4,571 accouchements, il y a 45 bassins de cette catégorie.

Pour Bruxelles, sur 5,000 accouchements, il y a 49 bassins de cette catégorie.

Total, sur 11,869 accouchements, il y a 99 bassins de cette catégorie, soit 0,83 p. 100.

On remarquera dans ce tableau, la faible proportion pour Anvers, 0,21 p. 100.

A Bruxelles et à Liège, la proportion est identique et s'élève à 0,98 p. 100.

A Bruxelles, ces bassins sont répartis de la façon suivante:

		Bassins dont le diam. conjugué vrai mesure de 8-9,5 cm.	Bassins dont le diam. conjugué vrai mesure moins de 8 cm
Bassins rachitiques aplatis	0. 6 %	0.26 %	0.34 %
Bassins rachit. génér. et irrégul. rétrécis.........	0.38 %	—	0.38 %
	0.98 %		

A Liège, M. le professeur Charles nous dit que la plupart des bassins au-dessous de 8 centimètres étaient rachitiques, généralement et irrégulièrement rétrécis, plusieurs étaient obliques. Parmi ces derniers, il y avait quelques luxations coxo-fémorales.

Bassins généralement et régulièrement rétrécis.

Sur 11,869 accouchements, je trouve 6 de ces bassins signalés, soit 0,05 p. 100 : 4 à Bruxelles avec un diamètre conjugué au-dessus de 8 centimètres, et 2 à Liège avec un diamètre conjugué au-dessous de 8 centimètres.

Remarques.

Dans cette statistique, le chiffre des rétrécissements modérés et

notamment des bassins non rachitiques simplement aplatis n'est coté que par 1,10 p. 100. Ce chiffre est évidemment de beaucoup inférieur à la réalité.

Pour Liège, le professeur Charles fait remarquer que beaucoup de ces basins ont dû échapper, spécialement quand l'accouchement a été spontané, faute d'examen suffisant par les élèves.

La même observation doit être faite pour la clinique universitaire de Bruxelles. Ici cet inconvénient est encore plus marqué à cause de l'organisation de l'établissement. Les parturientes ne sont admises que pendant le travail et quittent la Maternité dix jours après l'accouchement. Dans ces conditions, il arrive que beaucoup de bassins ne peuvent être mesurés. Le pelvimètre de van Huevel que nous employons exclusivement, parce que nous le considérons comme l'instrument le plus parfait, n'est en effet que rarement applicable dans ces circonstances.

Après l'accouchement, je m'oppose à la mensuration dans l'intérêt des accouchées; celles-ci quittent l'établissement le dixième jour. L'application du pelvimètre à un moment aussi rapproché de la délivrance présente en effet des inconvénients.

A la deuxième question posée par le comité : « Quels ont été « dans votre clinique pendant les dix dernières années les modes « d'interventions les plus usités suivant les différents degrés de « formes de rétrécissements », les auteurs des rapports répondent d'une manière tout à fait générale. Ils énumèrent les différentes interventions employées sans indiquer ni la variété, ni le degré des rétrécissements. A ce point de vue général, la statistique si complète du professeur Charles peut être consultée avec fruit.

Je me vois donc forcé de donner sur ce sujet mon opinion personnele, telle qu'elle résulte de mon expérience et telle que je l'enseigne à mes élèves. Les bassins aplatis étant les plus fréquents je ne m'occuperai que de ceux-ci.

Je divise ces bassins en quatre catégories :

1° Bassin aplati dont le diamètre conjugué vrai mesure de 11 à 9 centimètres.

2° Bassin aplati dont le diamètre conjugué vrai mesure de 9 à 7 centimètres.

3° Bassin aplati dont le diamètre conjugué vrai mesure de 7 à 5 centimètres.

4° Bassin aplati dont le diamètre conjugué vrai mesure moins de 5 centimètres.

I. — *Bassins aplatis de 11 à 9 centimètres.*

A. — *Grossesse avant terme.* Pas d'intervention, à moins que les accouchements antérieurs n'aient donné naissance à des enfants plus volumineux que la moyenne. D'après le volume de la tête de ces enfants, fixation de l'accouchement prématuré au commencement ou à la moitié du dernier mois de la grossesse.

B. — *Grossesse à terme.*

1° *Enfant vivant.* Accouchement spontané; application du forceps. (Si la tête est engagée dans le rétrécissement ou si la manœuvre de Müller indique une capacité suffisante du bassin; version, dans le cas où la tête reste mobile au-dessus du détroit supérieur, malgré un travail prolongé.) Tout à fait exceptionnellement, symphyséotomie (volume exagéré de l'enfant, présentation oblique de Nægelé, présentation du front, etc.).

2° *Enfant mort,* forceps : si l'application du forceps est difficile, embryotomie (basiotripsie).

II. — *Bassins aplatis de 9 à 7 centimètres.*

A. — *Grossesse à terme.* Accouchement prématuré artificiel à partir de 7 mois ½ de la grossesse.

B. — *Grossesse avant terme.*

1° *Enfant vivant.* L'accouchement peut encore parfois se faire spontanément si l'enfant est petit; le plus souvent, forceps ou version : forceps, quand la tête s'est engagée dans le rétrécissement ; version, quand la tête est mobile et que le rétrécissement n'est pas trop prononcé, de 8 1/2 à 9 centimètres.

Au-dessous de ces limites, le forceps ou la version sont généralement dangereux pour l'enfant de volume ordinaire, nous recourons alors à la symphyséotomie.

L'embryotomie n'est pratiquée sur l'enfant vivant qu'en cas de refus de la mère ou de la famille pour l'opération de la symphyséotomie ou si les conditions de santé de la mère sont telles que cette intervention est absolument dangereuse.

2° *Enfant mort :* embryotomie.

III. — *Bassins aplatis de 7 à 5 centimètres.*

A. — *Grossesse avant terme.* Accouchement prématuré artificiel combiné avec la symphyséotomie. La limite inférieure de cette intervention est de 5 1/2 centimètres. Je pratique dans ces cas l'accouchement prématuré artificiel et la symphyséotomie à 7 mois 1/2 de grossesse.

Je ne pratique plus *l'accouchement prématuré artificiel simple* au-dessous de 7 centimètres.

B. — *Grossesse à terme.*

1° *Enfant vivant* : de 6 1/2 à 7 centimètres; la symphyséotomie peut encore être pratiquée, elle devient cependant dangereuse à cause de l'écartement considérable des pubis.

De 6 1/2 à 7 centimètres, opération césarienne ou opération de Porro. Celle-ci est indiquée s'il y a atrésie du vagin. L'embryotomie n'est pratiquée sur l'enfant vivant qu'en cas de refus de l'opération césarienne ou bien si les conditions de la mère sont absolument défavorables.

2° *Enfant mort* : embryotomie.

IV. — *Bassins aplatis au-dessous de 5 centimètres.*

Que l'enfant soit vivant ou mort : opération césarienne, exceptionnellement opération de Porro au terme de la grossesse.

L'avortement ne doit être pratiqué que si la mère ou la famille refusait absolument l'opération césarienne.

En terminant ce rapport, qu'il me soit permis d'émettre un desideratum au sujet d'une statistique sérieuse des bassins rétrécis.

1° Toutes les femmes qui se présentent dans les Maternités devraient être admises avant le travail pour pouvoir être mesurées.

La mensuration devrait être faite suivant des principes à établir, uniformes pour tous les pays.

A cet égard, la mensuration digitale ne peut donner que des résultats approximatifs, incomplets. La pelvimétrie instrumentale devrait être appliquée non seulement au diamètre conjugué vrai, mais aux autres diamètres du bassin, tant du détroit supérieur que de l'excavation pelvienne et du détroit inférieur.

Les pelvimètres qui méritent surtout d'être employés, sont ceux qui répondent à ces exigences. Le pelvimètre de Van Huevel (dernier modèle) ou le pelvimètre de Skusch qui n'en est qu'une modification, sont sous ce rapport les instruments les plus pratiques et les plus recommandables.

2° A côté de ces recherches cliniques, devraient être instituées des recherches anatomiques directes.

Toute autopsie du cadavre d'une femme devrait comprendre un examen au moins sommaire du bassin. Cet examen révèle-t-il

quelque anomalie, le bassin serait étudié complètement et de cette façon l'on pourrait arriver à établir non seulement les différentes variétés des bassins rétrécis, mais encore leur fréquence relative dans une région donnée.

Professeur Lusk (New-York). — *Conclusions*. — 1. Les déformations pelviennes sont extrêmement rares dans notre population indigène.

Ce ne sont guère que :

I. Des bassins légèrement aplatis.

II. Des bassins justo-minor.

III. Des variétés de la cyphose et de la scoliose.

Le bassin rachitique est presque inconnu.

L'ostéomalacie n'y existe pas.

Dr Pawlick (Prague), *rapporteur pour l'Autriche-Hongrie*. — On a reçu les rapports suivants :

Prof. Pawlick, à Prague, Bohême. — Clinique d'obstétrique : sur un chiffre total de 8,924 femmes enceintes, il s'est trouvé 1,056 cas de bassins rétrécis = 11,72 p. 100.

Parmi eux il y a eu l'accouchement spontané dans 672 cas = 63,63 p. 100, l'accouchement opératoire dans 384 cas = 36,37 p. 100.

Prof. de Rosthorn, à Prague, Bohême. — Clinique d'obstétrique : sur un chiffre total de 4,289 femmes enceintes, il s'est trouvé 99 cas de bassins rétrécis = 2,30 p. 100.

Parmi eux il y a eu l'accouchement spontané dans 38 cas = 38,39 p. 100, l'accouchement opératoire dans 61 cas = 61,62 p. 100.

Prof. Rubeska, à Prague, Bohême. — École d'accouchement pour les sages-femmes : sur un chiffre total de 4,642 femmes enceintes il s'est trouvé 438 cas de bassins rétrécis = 9,43 p. 100.

Parmi eux il y a eu l'accouchement spontané dans 243 cas = 55,48 p. 100, l'accouchement opératoire dans 195 cas = 44,52 p. 100.

Prof. Frank, à Olomouc, Moravie. — École d'accouchement pour les sages-femmes : sur un chiffre total de 786 femmes enceintes, il s'est trouvé 99 cas de bassins rétrécis = 12,59 p. 100.

Prof. Ehrendorfer, à Insbruck, Tyrol. — Clinique d'obstétrique : sur un chiffre total de 2,252 femmes enceintes, il s'est trouvé 423 cas de bassins rétrécis = 18,78 p. 100.

Prof. Welponer, à Trieste, Istria. — École d'accouchement pour les sages-femmes : sur un chiffre total de 3,000 femmes

enceintes, il s'est trouvé 145 cas bassins rétrécis = 4,83 p. 100.

Parmi eux il y a eu l'accouchement spontané dans 28 cas = 19,31 p. 100, l'accouchement opératoire dans 117 cas = 80,69 p. 100.

Prof. Torggler, à Klagenfurt, Kærnten. — École d'accouchement pour les sages-femmes : sur un chiffre total de 650 femmes enceintes, il s'est trouvé 45 cas de bassins rétrécis = 6,92 p. 100.

Prof. Tauffer, à Budapest, Hongrie. — Clinique d'obstétrique : sur un chiffre total de 5,072 femmes enceintes, il s'est trouvé 54 cas de bassins rétrécis = 1,06 p. 100.

Parmi eux il y a eu l'accouchement spontané dans 24 cas = 44,44 p. 100, l'accouchement opératoire dans 30 cas = 55,56 p. 100.

Résumé. — Sur un chiffre total de 29,615 femmes enceintes dont les mensurations internes et externes du bassin ont été faites d'après un même système, il s'est trouvé :

5,90 p. 100. = *1,748 cas de bassins aplatis*, avec un conjugué vrai de moins de 9,5 cm.

1,92 p. 100. = *570 cas de bassins généralement rétrécis*, avec un conjugué vrai de moins de 10 cm.

0,14 p. 100. = *41 cas de bassins ostéomalaciques.*

Parmi ces bassins il s'est trouvé :

		Chiffre total	Bassins dont le conjugué vrai mesure de 8 à 9,5 cm.	Bassins dont le conjugué vrai est au-dessous de 8 cm.
Bassins simplement aplatis non rachitiques		1318 = 4,45 %	1288	30
Bassins aplatis rachit.	Bassins simplement aplatis	280 = 0,94 %	186	94
	Bassins généralement et irrég. rétrécis	150 = 0,51 %	95	55
			Conjugué vrai de 9 à 17 cm.	Conjugué vrai au-dessous de 9 cm.
Bassins généralement et régulièrement rétrécis		570 = 1,92 %	371	199
Bassins ostéomalaciques		41 = 0,14 %		
Total		2359 = 7,96 %	1940 = 82,26 %	378 + 41 ost. = 419 = 17,74 %

Dr Pestalozza (Florence). — Sur un chiffre total de 7.962 femmes enceintes accueillies dans la clinique obstétricale de Flo-

rence depuis 1883 jusqu'à 1895, on a trouvé 2,437 femmes dont le conjugué de Baudelocque était au-dessous de la moyenne.

En ôtant de ce nombre les 993 femmes qui tout en ayant un diamètre de Baudelocque de 19 cent. ne justifièrent d'aucune autre façon ni par les mensurations internes ni par la marche du travail le diagnostic de conformation vicieuse, il reste un total de 1,444 bassins dont on a pris les dimensions d'une façon régulière on dans lesquels la marche du travail justifia le diagnostic de conformation vicieuse ; c'est-à-dire 18,13 p. 100.

Parmi ces 1,444 bassins rétrécis on a pu préciser la forme du rétrécissement et dans la pluralité des cas aussi la cause dans 770 ; des autres 664 on connaît pour beaucoup la mesure des principaux diamètres, mais on n'a pas de données suffisantes pour une classification régulière.

Dans les 770 bassins rétrécis, on peut reconnaître l'influence du rachitisme dans 33) cas ; 145 sont des bassins aplatis non rachitiques, 236 des bassins généralement et régulièrement rétrécis ; 50 enfin reconnaissent des causes diverses (cyphose, cypho-scoliose, luxation uni ou bilatérale, paralysie atrophique des membres inférieurs), à l'exclusion absolue de l'ostéomalacie qui fut rencontrée une seule fois dans la Maternité de Florence, et même dans ce cas sans aucune influence sur la marche du travail.

Les *339* bassins rachitiques sont représentés par :

Bassins rachitiques simplement aplatis.........	106
Bassins rachitiques aplatis et généralement rétrécis....................................	41
Bassins rachitiques généralement et irrégulièrement rétrécis..........................	192

Bassins non rachitiques au nombre de *431* figurent comme :

Bassins simplement aplatis....................	145
Bassins généralement et régulièrement aplatis..	236
Autres formes...............................	50

Parmi ces bassins il s'est trouvé :

	Chiffre total	Conjugué de 8 à 9,5	Conjugué au-dessous de 8 cm.
Bassins rachitiques simplement aplatis .	106	87	19
Bassins rachitiques aplatis et généralement rétrécis	41	30	11
Bassins rachitiques généralement et irrégulièrement rétrécis	192	161	31
Bassins simplement aplatis	145	140	5
	Chiffre total	Conjugué de 9 à 10.	Conjugué au-dessous de 9 cm.
Bassins généralement et régulièrement rétrécis	236	206	30
Autres formes	50	50	0

De 1,444 femmes atteintes de rétrécissement du bassin, 1,391 accouchèrent à la clinique; les opérations réclamées par l'étroitesse du bassin ont été au nombre de 393, c'est-à-dire :

Forceps	159
Version	38
Extraction	42
Accouchement prématuré provoqué	59
Embryotomies	46
Symphyséotomie	3
Section césarienne	14
	393

La mortalité a été de 8 femmes sur les 1,391 accouchées, c'est-à-dire :

3 par infection puerpérale.
3 à la suite de la section césarienne.
1 par rupture de la matrice après version.
1 par hémorrhagie après symphyséotomie.

Sur les 1,391 accouchements il y a eu 95 enfants morts pendant le travail ou par la suite des opérations.

Dr Treub (Hollande). — L'enquête a été peu fructueuse pour la Hollande et ses colonies. Et cela par plusieurs raisons. D'abord il s'est trouvé être absolument impossible d'avoir des données pour les colonies. Pour la Hollande elle-même je ne pouvais m'adresser qu'aux cliniques et maisons d'accouchements pour

obtenir des chiffres assez élevés pour pouvoir en tirer une conclusion. Je n'ai reçu de réponse que des cliniques universitaires d'Utrecht et d'Amsterdam, et j'ai moi-même compulsé les observations de la clinique de Leiden, depuis 1860 jusqu'à 1896. Cela donne un total de *22,955* accouchements. Sur ces *22,955* accouchements, il s'est trouvé *816* bassins rétrécis, dont les mesures étaient dans les limites indiquées par le questionnaire, soit *3,5 p. 100* de bassins rétrécis.

Parmi ces bassins il y avait :

657 = *2,8* p. 100 cas de bassins aplatis avec un conjugué vrai de moins de 9,5 cm.

159 = *0,7* p. 100 cas de bassins généralement et régulièrement rétrécis avec un conjugué vrai de moins de 10 cm.

0 cas de bassins ostéomalaciques.

Ces chiffres se répartissent de la manière suivante :

	Conj. vrai de 8 à 9,5	Conj. vrai au-dessous de 8
Bassins simplement aplatis non rachitiques	*234* = *1* %	*3* = *0,01* %
Bassins aplatis rachitiques	*346* = *1,5* %	*74* = *0,3* %

	Conj. vrai de 9 à 10	Conj. vrai au-dessous de 9
Bassins généralement et régulièrement rétrécis	*130* = *0,6* %	*29* = *0,1* %

A propos des chiffres donnés il me faut ajouter deux remarques:

La première c'est qu'il m'a été impossible de faire une division s'approchant assez de la vérité, entre les bassins rachitiques simplement aplatis et les bassins rachitiques rétrécis dans plusieurs dimensions. Donc, j'ai réuni tous les bassins rachitiques.

En second lieu, les chiffres ne doivent être acceptés que sous bénéfice d'inventaire, parce qu'ils sont nécessairement trop élevés. Les observations ne sortant que de cliniques obstétricales, il s'y trouve un nombre relativement élevé de cas de bassins viciés, parce que ces cas sont dirigés vers la clinique pendant un accouchement laborieux ou bien y arrivent pour les accouchements ultérieurs quand le précédent a été difficile. Il est impossible d'évaluer la diminution des chiffres qu'il comporterait de faire, pour arriver à un résultat plus exact.

Pour ce qui est des modes d'intervention les plus usités pen-

dant les dix dernières années, il règne là-dessus en Hollande une grande uniformité d'idées ne différant que dans les détails.

Le forceps n'est appliqué que dans le cas où la tête a déjà passé au moins pour la moitié le détroit supérieur. Tant que tel n'est pas le cas, on fait la version podalique.

Jusqu'ici on ne fait pas la symphyséotomie (je n'en connais qu'un cas, excepté celui que j'ai communiqué à la Société obstétricale de France).

Pour les bassins modérément rétrécis, on provoque l'accouchement prématuré. C'est là qu'il y a des différences de détail pour la limite du degré de rétrécissement, nécessitant déjà ou permettant encore l'accouchement provoqué. La limite supérieure varie pour les bassins aplatis de 8 ½ à 8 centim. et pour les bassins généralement rétrécis de 9 ¾ à 8 ¾ centim.; la limite inférieure de 7,5 à 7 centim., respectivement de 9 ¼ à 8 ½ centim. Cette différence provient de l'emploi de la position supinée (dite de *Walcher*) qui a fait reculer les limites de l'accouchement provoqué pour ceux qui se servent de cette position. Entre les bassins qui sont justiciables de l'accouchement prématuré et ceux qui donnent une indication absolue de l'opération césarienne (conjugué vrai de 6,5 centim. pour les bassins aplatis, 7,5 pour les bassins généralement rétrécis) se trouvent les cas dans lesquels on conseille l'opération césarienne. Si cette opération à indication relative n'est pas acceptée, on fait la perforation soit de la tête première, soit après version faite quand l'extraction manuelle de la tête se trouve être impossible.

DEUXIÈME QUESTION

Traitement de l'éclampsie.

Dr N. Charles (de Liège). — *Résumé et conclusions.* — 1. L'éclampsie puerpérale n'est pas une entité morbide, pas plus que l'éclampsie des enfants; comme celle-ci, elle a diverses causes et elle est plus ou moins grave selon son origine.

2. Ce syndrome peut être simplement de nature réflexe; il peut être aussi le résultat d'un trouble circulatoire, selon la théorie de Traube-Rosenstein; mais il est le plus souvent amené par une intoxication du sang et des tissus (toxémie), résultant d'ha-

bitude de l'accumulation dans l'organisme de plusieurs produits de désassimilation (toxines), normalement évacués par les principaux émonctoires (reins, foie), dont les fonctions sont entravées ou perverties par suite de lésions diverses.

3. Chez la plupart des femmes enceintes, à l'état normal, il y a un certain degré d'auto-intoxication semblable, puisque malgré l'assimilation plus active, les urines renferment moins d'urée, etc., qu'à l'état de vacuité : c'est l'*auto-intoxication gravidique ordinaire.*

4. Si les reins, le foie, etc., sont lésés, fonctionnent irrégulièrement, la surcharge toxique est d'autant plus accentuée et peut arriver au point de produire des accidents graves, dont l'éclampsie est un des principaux.

5. D'autres accidents graves (dyspnée, coma, paralysie, etc.), peuvent se présenter sans convulsions et amener la mort; je désigne ces cas sous le nom d'*éclampsie fruste.*

6. La toxémie d'origine rénale est la plus commune et coïncide le plus souvent avec l'albuminurie et divers œdèmes.

L'albuminurie ne peut pas être considérée comme la cause de l'éclampsie puerpérale, mais simplement comme un symptôme morbide ayant la même origine.

7. L'expérience démontre que, dans la plupart des cas, l'éclampsie toxique éclate chez des femmes plus ou moins albuminuriques et souvent très albuminuriques et infiltrées.

Par conséquent, c'est un signe précurseur assez important pour ne pas être négligé. Il doit même, à mon avis, attirer l'attention du praticien au premier chef et plus encore s'il y a œdème des membres inférieurs, des cuisses, des mains, de la figure.

8. Mes statistiques démontrent que :

a) Il y a 1 éclamptique sur 151 accouchements et l'éclampsie donne une mortalité maternelle de 24,42 p. 100 et infantile de 41,83 p. 100.

b) Il y a 1 éclamptique sur 92 primipares et seulement 1 sur 373 multipares ; mais la gravité est encore plus grande chez les deuxièmes que chez les premières (27,65 p. 100 et 23,37 p. 100).

c) L'éclampsie est beaucoup plus grave pendant la grossesse et le travail qu'après l'accouchement (27,73 p. 100 et 3 p. 100).

d) Il y a près de 1 albuminurique sur 40 femmes (1 sur 25 pri-

mipares et 1 sur 75 multipares), et sur 4 albuminuriques 1 est atteinte d'éclampsie (1 sur 3 1/2 primipares et 1 sur 7 multipares).

e) L'éclampsie sans albuminurie est rare (1 fois sur 9) ; dans mes observations, elle a éclaté alors après l'accouchement et toutes les femmes ont guéri.

f) L'albuminurie seule (sans éclampsie) est accompagnée très souvent de divers accidents plus ou moins graves et même mortels (sur 110 cas, il y a eu 8 femmes mortes, 20 enfants morts, 61 accouchements avant terme, 8 hémorrhagies post-partum, 3 fois menaces de convulsions).

9. Le traitement médical n'a qu'une importance secondaire dans l'éclampsie grave, toxémique, pendant la grossesse et l'accouchement. La soustraction des liquides plus ou moins toxiques, à l'aide de purgatifs, de la diaphorèse, de la saignée, suivie ou accompagnée de leur remplacement par diverses voies (stomacale, rectale, sous-cutanée, intra-veineuse), dans le but d'opérer *un lavage ou une désintoxication du sang et des tissus*, n'a qu'une action douteuse.

10. Les calmants du système nerveux les plus employés (chloroforme, morphine, chloral), ont une action réelle, mais pas essentiellement curative.

11. La terminaison de l'accouchement est désirable dans tous les cas et s'impose à bref délai dans les cas graves. Il faut donc, dès le début des accès, agir en conséquence pour stimuler au besoin et accélérer toujours le travail. Dans des conditions spécialement urgentes, on ne doit pas hésiter à pratiquer la dilatation artificielle du col (à l'aide des doigts, des incisions, des dilatateurs hydrostatiques ou métalliques) pour extraire l'enfant sans retard ; si ces manœuvres d'accouchement forcé paraissent difficiles, trop lentes ou impossibles sans d'énormes délabrements, on se résoudra à l'opération césarienne.

12. L'éclampsie *post-partum* est légère dans la grande majorité des cas, et ne réclame que des calmants à doses modérées.

13. La prophylaxie doit primer toute la question des convulsions puerpérales : elle comprend d'abord l'hygiène habituelle de la grossesse, spécialement le bon fonctionnement des émonctoires (intestins, peau, reins) ; ensuite et surtout l'examen des urines au point de vue de l'albuminurie.

14. Toute femme enceinte albuminurique doit suivre un traitement régulier et plus ou moins actif, dont le régime lacté est la base.

15. En cas d'insuccès ou de danger pressant, l'accouchement prématuré artificiel est indiqué et donne d'excellents résultats (toutes les mères guéries et 75 p. 100 des enfants sauvés dans ma statistique).

Dr Charpentier (Paris). — *Résumé et conclusions.* — 1° Toute femme enceinte albuminurique étant exposée à être prise d'éclampsie, et le régime lacté donnant des résultats merveilleux contre l'albuminurie et l'albuminurie gravidique en particulier, on doit examiner avec le plus grand soin les urines des femmes enceintes, et si l'on y constate la présence de l'albumine, si minime que soit la quantité de cette albumine, il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu et exclusif. C'est le traitement préventif par excellence de l'éclampsie.

Dans les cas où les femmes présenteront de l'œdème sans albuminurie, il y a avantage, sinon nécessité absolue à prescrire le régime lacté.

2° Toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une éclamptique, débuter, si la malade est forte, vigoureuse et très cyanosée, par une saignée de 300 à 500 grammes, puis administrer la médication chloralique en suivant les préceptes que nous avons donnés, et faire prendre du lait par la voie stomacale, au besoin à l'aide de la sonde œsophagienne.

3° Combattre les accès eux-mêmes par des inhalations de chloroforme, et favoriser la diurèse par des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

4° Si la femme est plus délicate, les phénomènes de cyanose peu marqués, les accès peu fréquents, se borner à la médication chloralique.

5° Attendre que le travail se déclare spontanément et laisser l'accouchement se terminer seul, toutes les fois que cela sera possible.

6° Si, le travail s'étant déclaré spontanément, l'accouchement ne se termine pas, parce que les contractions utérines sont trop faibles ou trop lentes, terminer l'accouchement par une application de forceps, ou une version suivie de l'extraction si l'enfant

est vivant ; par une céphalotomie, une basiotripsie, une crânioclasie si l'enfant est mort.

7° Attendre pour intervenir ainsi que l'état des parties maternelles soit tel (dilatation complète ou tout au moins dilatabilité du col) que cette intervention puisse se faire impunément, c'est-à-dire sans violence et par suite sans danger pour la mère.

8° Réserver l'accouchement provoqué pour quelques cas exceptionnels.

9° Rejeter absolument l'opération césarienne, l'accouchement forcé, comme méthodes courantes du traitement de l'éclampsie.

N'avoir recours à ce dernier mode de traitement qu'en cas d'insuccès de toute espèce de traitement médical, et lorsque la mère semble vouée à une mort certaine, en un mot comme une ressource ultime en un cas désespéré.

Professeur F. Halbertsma (Utrecht). — Dans la thérapie de l'éclampsie la question la plus importante me semble toujours celle-ci : à la fin de la grossesse ou au commencement du travail faut-il attendre ou provoquer l'accouchement. Nous nous occuperons uniquement de cette question.

Pour les cas mentionnés plus haut ce sera d'ordinaire indiqué, que l'accoucheur intervienne activement :

1° Lorsque le pronostic paraît extrêmement grave à cause d'une anurie complète, de la fréquence et de l'intensité des accès convulsifs.

2° Lorsque rien ne fait prévoir que le travail va commencer.

3° Lorsqu'il y a lieu de croire que le travail commencé sera long et difficile, comme par exemple lorsqu'il s'agit de primipares : soit qu'on ait affaire avec une personne âgée, une grossesse multiple, un rétrécissement du bassin.

Il faut déconseiller de différer l'intervention active, jusqu'à ce que le pouls soit devenu fréquent et faible, mais il est à remarquer que, même dans ces conditions, on peut obtenir un résultat favorable.

A la fin de la grossesse l'accoucheur aura de préférence recours à l'opération césarienne. Au commencement du travail il débridera profondément le col et appliquera la méthode de Dührssen.

Dr Veit (Leyden). — *Résumé et conclusions.* — 1° Il est impossible d'établir sur les données actuelles un traitement *unique* de l'éclampsie.

2° Il y a un grand nombre de cas d'éclampsie qui guérissent par un traitement quelconque.

3° Il n'est pas encore prouvé que l'accouchement forcé provoqué pendant l'anesthésie complète (dilatation du canal parturient au moyen des sacs de caoutchouc, incisions, opération césarienne) puisse améliorer le pronostic.

4° Nous ne possédons pas assez de cas traités par la saignée pour formuler des conclusions.

5° Le traitement systématique par des doses élevées de morphine semble être celui qui donne les meilleurs résultats.

6° Tant que la pathogénie de l'éclampsie n'est pas mieux connue il n'y a pas, croyons-nous, de traitement rationnel ; il est plus que probable que la maladie reconnaît différentes causes.

7° Ce qui nous paraît donner les meilleurs résultats, c'est le traitement mixte : Accélérer prudemment le travail, rompre les membranes, accoucher la malade après dilatation complète des parties molles, administrer de fortes doses de morphine qui diminuent le nombre des accès, éviter l'administration par la bouche des remèdes aux malades inconscientes, produire la diaphorèse par des moyens extérieurs.

8° Il n'y a pas de raison pour considérer l'éclampsie comme tellement dangereuse par elle-même, qu'il faille recommander d'une manière absolue des opérations exigeant une main exceptionnellement habile.

9° Dans des cas exceptionnels seulement, il faut avoir recours à une opération de grande chirurgie.

Dr L. Mangiagalli. — *Conclusions.* — 1° Le traitement préventif est à recommander, en ce qu'il combat ces conditions qui sont l'expression de l'auto-intoxication gravidique. Il l'est d'autant plus que l'intensité de ces conditions augmente. Il s'adresse avant tout à l'albuminurie, particulièrement chez les primipares, mais, outre cela, à beaucoup de dérangements gastriques, à des troubles nerveux. Le lait, associé aux désinfectants du contenu intestinal, augmente la diurèse, améliore les fonctions de la peau, stimule l'action du cœur et constitue le remède prophylactique souverain de l'éclampsie.

2° Le traitement médical, qu'il soit représenté par la saignée, par les drastiques, par la morphine, par le chloral, par le chloro-

forme, par le *veratrum viride*, par les diaphorétiques, est un traitement essentiellement symptomatique plutôt qu'il ne s'attaque réellement à la maladie. Il constitue en tout cas l'unique traitement possible dans l'éclampsie *post-partum*, et il est un moyen précieux dans l'attente des conditions permettant l'intervention obstétricale.

La saignée suivie d'injections sous-cutanées ou endo-veineuses de solution physiologique de chlorure de sodium est une méthode thérapeutique qui s'appuie sur des considérations rationnelles et qui possède des faits cliniques en sa faveur, mais ceux-ci sont trop peu nombreux et n'en permettent pas jusqu'à présent une appréciation exacte.

3° L'évacuation rapide de l'utérus constitue le point le plus important du traitement de l'éclampsie, mais il faut tenir compte d'un côté de la gravité du cas, de l'autre des dangers de l'intervention.

4° Dans l'éclampsie *intra partum*, c'est une bonne règle de déterminer l'accouchement quand les conditions le permettent et de préparer les voies au moyen d'incisions multiples du col de l'utérus, quand celui-ci est effacé et quand la dilatation n'est pas suffisante.

5° Les moyens suivants sont indiqués dans l'éclampsie de la grossesse : provocation de l'accouchement moyennant la rupture des membranes, usage de la morphine, du chloral ou du *veratrum viride* à fortes doses, qui seront d'autant plus efficaces qu'ils seront administrés plus près du début de l'éclampsie, jusqu'à ce qu'il y ait les conditions indiquées au n° 4. Si le cas est grave, le danger menaçant et que, malgré la rupture des membranes associée aux moyens indiqués, on ne peut espérer pouvoir temporiser jusqu'à l'effacement du col et la dilatation de quelques centimètres, si le col est raccourci et ramolli la dilatation forcée peut, à mon avis, trouver une application plus étendue et plus facile que les incisions profondes selon Dührssen. Dans les cas de la même catégorie, mais dans lesquels le col n'est pas ramolli, ou s'il existe des conditions qui rendent particulièrement difficile ou contre-indiquée l'intervention mentionnée, l'opération césarienne peut avoir sa justification, tout spécialement quand le fœtus est à terme et vivant.

6° Toute intervention doit être faite dans la narcose chloroformique profonde.

JOHN W. BYERS (Belfast). — *Résumé.* — L'éclampsie est caractérisée par des convulsions qui surviennent soudainement pendant la grossesse, le travail ou après l'accouchement. J'exclus les cas d'épilepsie gravidique et les convulsions d'origine cérébrale. L'étiologie et la pathologie de l'éclampsie sont encore obscures, mais j'attirerai votre attention sur un changement d'opinion chez les médecins anglais sur deux points :

1. Ils ne croient plus maintenant que les convulsions soient toujours dues à une maladie des reins.

2. Ils attachent actuellement beaucoup plus d'importance à l'influence du fœtus comme cause des convulsions.

L'hypothèse la plus propable est que les convulsions sont causées par un poison élaboré par l'organisme de la mère et par celui du fœtus, et qui, dans l'état normal des organes excréteurs, est, s'il n'est pas trop abondant, éliminé sans produire d'accidents. Lorsque ces organes sont surchargés, et que, par suite des efforts du travail le rein est surtaxé, le poison n'est pas éliminé et son accumulation agit sur les centres nerveux : le même accident peut se produire, si les fonctions des organes éliminateurs sont gênées, comme dans la constipation ou lorsque le rein se trouve dans l'état que Leyden a décrit comme étant spécial à la grossesse, ou encore lorsque le rein et le foie présentent une dégénérescence parenchymateuse, causée peut-être par la circulation du poison dans leurs tissus. Partant de cette hypothèse, je divise le traitement de l'éclampsie comme suit :

1. Quel est le traitement de l'accès ?

La morphine en injections hypodermiques. Il faut faire coucher la malade sur le côté, pour empêcher l'introduction des liquides dans le larynx et dans les poumons (l'œdème pulmonaire est une cause fréquente de mort dans l'éclampsie). Il faut prendre garde que la malade ne se blesse, qu'elle soit tenue chaudement, purgée abondamment, qu'elle ne prenne aucun liquide, et, suivant qu'elle a sa connaissance ou non entre les accès, lui faire prendre un bain chaud ou de vapeur.

2. Comment se débarrasser du poison qui cause les convulsions ?

Même traitement : purgation, bains chauds, chaleur autour de la malade, et abstinence de liquide.

3. Quel est le traitement obstétrical ?

Si le travail n'a pas commencé, il faut traiter les convulsions tout en ayant soin de ne pas exciter l'utérus. Lorsque le travail a commencé, et que la malade en est à la période d'expulsion, il faut lui administrer du chloroforme et terminer rapidement l'accouchement. Dans la période de dilatation, si le col est dilatable, on peut accélérer l'accouchement au moyen de douches chaudes et de l'application des dilatateurs de Barnes ou de Champetier de Ribes; au cas où le col serait rigide, il faudrait s'abstenir.

4. Quel est le traitement prophylactique?

Le repos, la diète lactée, les purgations et les bains chauds donnent les meilleurs résultats.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Antone Hane. On tubercular peritonitis. *Annals of Gyn. a. Pædiat.*, 1896, n° 9, p. 619. — **Ameiss.** A case of uterus didelphys and vagina duplex. *The American Journal of obstetrics*, New-York, mai 1896, p.693. — **Auvard.** Douleurs d'origine génitale chez la femme. *Archives de gynéc. et tocologie*, 1896, p. 241. — **Boise (Eugène).** Post-operative intestinal obstruction. *Medic. News*, N.-Y., 1896, II, p. 57. — **Bonnet.** On the late results obtained from conservative operations on the ovaries, with report of twenty cases. *Annals of Gyn. a. Pædiatry*, 1896, n° 8, p. 555. — **Bröse.** Ueber die diffuse gonorrhoische Peritonitis, *Berl. klinisch. Wochensch.*, 1896, n° 35, p. 779. — **Byron Robinson.** The endothelium of the free surface of the peritoneum. *Med. Record*, juillet 1896, p. 111. — **Cyrus A. Kirkley.** Liability to prosecution for damages in abdominal surgery. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juillet 1896, p. 17. — **Doléris** et **Pichevin.** Valeur séméiologique de la douleur. *La Gynécologie*, août 1896, p 289. — **Donnet.** The late results of conservative operations on the ovaries. *Annals of Gyn. and Pædiatry*, juillet 1896, p. 695. — **Duret.** Des injections sous-cutanées massives de sérum artificiel. *Semaine gynécologique*, 1896, p. 105. — **Edelheit.** Ueber Amenorrhœa virginalis. *Wiener Medizin. Presse*, août 1896, p. 1065. — **Espinat** *Contribution à l'étude des irido-choroïdites métritiques*. Th Paris, 1895-96, n° 505. — **Faney.** *Du traitement des hémorrhagies par le sérum salé*, Th. Paris, 1895-96, n° 364. — **Halliday Croom.** Recent developments of gynæcological surgery. *British med. J.*, 1896, II, p. 265. — **Howard Kelly.** Five cases of ovariotomy in women over seventy years of Age. *Am. J. obst.*, août 1896, p. 222. — **Jacobs.** Péritonite infectieuse post-opératoire. *Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, n° 6, p. 105. — **Jacobs.** Sur la péritonite post-opératoire. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, n° 7, p. 140. — **Jacksonville.** The relations of operative gynecology to in-

sanity. *The Cincinnati Lancet Clinic.*, août 1896, p. 217. — **Jayle.** Opothérapie ovarienne. *La Semaine méd.*, 1896, n° 71, p. 437. — **Joaquin Bonet.** La practica ginecologica de antano y la de hogano. *Arch. de Ginec., Obst. y Ped.*, juin 1896, p. 371. — **Muret.** De l'organothérapie par l'ovaire. *Revue médicale de la Suisse Romande,* Genève, 1896, p. 317. — **Norris.** Tubercular peritonitis. *Am. J. Obst.*, août 1896, p. 208. — **Pichevin.** Organothérapie et sérothérapie. *Semaine gynécologique*, 1896, p. 124. — **Pichevin** et **R. Petit.** Adénite cervicale suppurée à gonocoques. *Semaine gynécologique,* 1896, p. 178. — **Price.** Post-operative sequelæ. *Med. Standard,* Chicago, juin 1896, p. 188. — **Pryor.** A method of examining the pelvic contents which renders exploratory laparotomy unnecessary, etc. *Med. Rec.*, N.-Y., 1896, II, 37. — **Rissmann.** Ueber peritoneale Plastik. *Berl. klin. Wochensch.*, 1896, n° 29, p. 650. — **Robert Meyer.** Zur Ætiologie der Gynatresien auf Grund der einschlägigen Casuistik. *Zeitsch. f. Geb. a. Gyn.*, Bd. XXXIV, Hft. 3, p. 456. — **Salay.** *Des rapports de la menstruation et de l'érysipèle.* Th. de Paris, 1895-96, n° 229. — **Skene.** A singular case of patency of a Gartner's duct. *Medical Record,* New-York, 16 mai 1896, t. I, p. 692. — **Stone.** Some post-operative results of gynec. surgery. *Am. J. Obst.*, septembre 1896, p. 321. — **Tracy Hanks.** Study of the pathological condition of the pelvis wich ought to le attacked from the vagina. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1896, p. 706. — **Vézinat.** *De la blennorrhagie ascendante chez la femme.* Th. Paris, 1895-96, n° 574. — **Walter B. Chase.** Early diagnous of the uterus. *Med. News*, août 1896, p. 197. — **Westphalen.** Zur Physiologie der Menstruation. *Arch. f. Gyn.*, 1896, t. LII, p. 35. — **Wilkinson.** Sterility in women. *Med. Stand.*, Chicago, 1896, n° 8. p. 249. — **Williams.** The question of the origine of malignant from non-malignant uterine neoplasms. *Annals of surgery*, septembre 1896, p. 257.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Ahlfeld.** Zur Mechanick der Scheidenausspulungen. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 38, p. 978. — **Chaise.** *Traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme par les tiges d'ichtyol.* Th. Paris, 1895-96, n° 468. — **Duvrac.** *Contribution à l'étude du traitement palliatif du cancer utérin par le chlorate de soude.* Th. de Paris, 1895-96. — **Frey.** *De l'utilité du curettage précoce comme moyen thérapeutique et prophylactique dans les rétentions intra-utérines de débris placentaires et membraneux.* Th. de Paris, 1895-1896. — **Gessner (A.).** Ueber den Werth and die Technik des Probecurettements. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXIV, Hft. 3, p. 387. — **Grant Baldin.** Gauze as a Material for Drainage. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1896, p. 726. — **Kate Campbell.** Treatment of diseases of women by abdominal massage and electricity. *Am. J. of Obst.* juillet 1896, p. 56. — **Leder.** Dix-huit mois de massage gynécologique à la clinique du Dr Auvard. *Archiv. de gynéc. et de tocol.*, 1896, p. 263 et 335. — **Lefour.** Tiges intra-utérines; leurs diverses applications en gynécologie; importance du mode de fixation. *Semaine gynécologique,* 1896, p. 193 et p. 203. — **Lehmann.** Ein neues Vaginalrohr. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 33, p. 852. — **Livet.** *De l'emploi du carbure de calcium en chirurgie et particulièrement dans le traitement du cancer de l'utérus.* Th. de Paris, 1895-96. — **Mary (A.).** *Du bleu de méthylène dans le traitement de l'uréthrite et de la vaginite blennorrha-*

gique. Th. Paris. 1895-96, nº 439. — **Maurange**. Le curettage de l'utérus. *Presse médicale*, 1896, nº 76, p. 477. — **Pagenstecher**. Retrofixatio colli versus ventro-vesico-vaginofixatio corporis uteri. *Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gyn.*, Berlin, 1896, II, 115.—**Petit**. A propos de la tige intra-utérine de M. Lefour et d'un nouveau tube intra-utérin. *Semaine gynécologique*, 1896, p. 209. — **Piery**. De l'emploi de l'acide carbonique à l'état naissant dans le traitement de la blennorrhagie chez la femme. *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie*, 1896, nº 56, p. 666. — **Schaeffer**. Ueber Catgutsterilisation. *Berl. klinisch. Wochenschr.*, 1896, nº 34, p. 753; 743. — **Zepler**. Beiträge und Bemerkungen zur intrauterinem Therapie. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 3, p. 218.

VULVE ET VAGIN. — **Cooke-Hirst**. The bacteriology of vaginal secretions. *Am. J. of Obst.*, juillet 1896, p. 11. — **Edwin Cragin**. A resume of ten months of vaginal work. *Med. News*, juin 1896, p. 719. — **Flatau**. Ueber Vaginistructur bei Prolaps. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, Berlin, 1896, II, 127. — **Grœfe**. Erwiederung auf die Bemerkungen des Hern Prof. Dr Kossmann letreffend die « Elytroperitonœtomie ». *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 26, p. 753. — **Hassel**. Sur les cœliotomies vaginales. *Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 7, p. 145. — **Lee**. Vaginal stenosis. *Med. Standard*, Chicago, 1896, nº 8, p. 252. —**Mackenrodt**. Ueber den künstlichen Ersatz der Scheide. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 21, p. 546. — **Manley**. Sero-cystic disease or hydrocele in women. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1896, nº 8, p. 574. — **Neugebauer**. 36 eigene Beobachtungen von Vaginalcysten. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 3, p. 233. — **Palm**. Eine Hymenalcyste und ein Atherom des Labium minus bei einer Erwachsenen; zugleich ein Beitrag zur Kenntniss der Hymencysten. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LI, Hft. 3, p. 483. — **Playfair**. Slough forming a complete cast of the vagina, from a case of enteric fever. *Transactions of obstetrical Society*, London, janvier et février 1896, p. 33. — **Rosenblat**. De l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur. *Th. de Paris*, 1895-1896, nº 254. — **Ruge** (**P.**). Zur Behandlung des Prurit vulvæ. *Berlin. klinische Wochens.*, 1896, p. 391. — **Ruiz**. Atresia vaginal operacion. *Gaceta medica de Caracas*, 1896, nº 5, p. 33. — **Scott**. Gonorrhea in women. *Am. J. obst.*, septembre 1896, p. 348.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Blondel**. Traitement opératoire des déviations utérines. *Rev. de thérapeutique méd.-chirurg.*, 1896, nº 17, p. 515. — **Bode**. Weiteres über die intraperitoneale Verkürzung der Ligamenta rotunda zur Heilung des Retroflexio uteri mittles Laparotomia vaginalis anterior. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 18, p. 470. — **Byford**. Anterior uterus suspension. *Medical Standard*, Chicago, july 1896, p. 220. — **Dorff**. Quelques considérations sur l'opération du prolapsus total. *Bulletin de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 6, p. 94. — **Frank W. Jalley**. The treatement of prolapse of the womb. *The Philadelphia Polyclinic*, août 1896, p. 301. — **Goelet** (**A.**). What is the best operative procedure for retrodeviations of the uterus. *Med. Record*, août 1896, p. 302. — **Kocks**. Ueber die künstliche Verkurzung der Ligamenta lata (Ligamenta cardinalia) von der Scheide am bei Prolaps und Retroversio Uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 32, p. 825. — **Kreutzman**. Uterine displacements. *Medical Standard*, july 1896, p. 225. — **Lapthorn Smith**.

A new and improved method of performing Alexander's operation. *Medic. News*, N.-Y., 1896, II, 317. — **Negri**. L'isteropessi studiata dal punto di vista ostetrico. *Annali di Ost. e Gin.*, 1896, n° 8, p. 584. — **Noble**. Procidentia uteri. *Med. Standard*, Chicago, juin 1896, p. 190. — **Noble**. Suspensio uteri with reference to its influence upon pregnancy and labor. *Am. J. of Obst.*, août 1896, p. 161. — **Piras**. *De l'hystéropexie abdominale dans ses rapports avec la puerpéralité.* Th. de Paris, 1895-96, n° 454. — **Stocker**. Ueber den Einfluss der Alexanderoperation auf die Geburt emerseits und die Wirkung non Schwangerschaft und Geburt auf die Alexanderoperation andererseits. *Cent. f. Gyn*, 1896, n° 21, p. 550. — **Vineberg**. A new method of performing vaginal fixation. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1896, p. 762. — **Walter Lindley**. A case of acute uterine inversion. *Pacific med. J.*, juin 1896, p. 400. — **Wertheim et Mandl**. Die Verkürzund der Ligamenta rotunda u. der Ligamenta sacro-uterina mittels Cœliotomia vaginalis anterior. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 18, p. 465.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Brioude**. De la sclérose utérine. *La Gynécologie*, août 1896, p. 343. — **Cumstom (G.)**. Hæmorrhagie metritis. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1896, n° 8, p. 566. — **Goelet**. Improved trachelorrhaphy. *Med. Record*, juillet 1896, p. 13. — **Jiménez (G.)**. Metrorragia. *Gaz. Med. de Costa-Rica*. 1896, n° 2, p. 40. — **Lejars**. Note sur une simplification de l'amputation haute du col. *Semaine gynécologique*, 1896, p. 177. — **Malcolm**. Notes on a case of malignant disease of uterus with numerous deposits in the lungs, and death following an abortion. *Trans. of the Obst. Soc of London*, 1896, vol. XXXVIII, p. 125. — **Mundé**. Virginal and senile endometritis. *Am. J. of Obst.*, juillet 1896, p. 1. — **Penrose**. Congenital erosion and split of the cervix uteri. *The American Journal of the Medical sciences*, Philadelphia, mai 1896, p. 503. — **Pilliet**. Notes sur les lésions inflammatoires du muscle utérin. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1896, p. 421. — **Ralph Waldo**. Treatment of endometrits. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1896, p. 729. — **Rapin**. Un procédé de suture dans l'opération de Schreder. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1896, p. 302. — **Schmidt**. *Métrorrhagies et métrite hémorrhagique*. Th. Paris, 1895-96, n° 453.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Aczel**. Ueber einen Fall von « decidualer Geschwulst ». *Monatssch. f. Geb. a. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 5, p. 413. — **Baldy**. A case of puerperal thrombosis : hyterectomy ; recovery. *The American Journal of obstetrics*, New-York, mai 1896, p. 673. — **Benninghoff**. Celio-vaginal hysterectomy. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, mai 1896, p. 654. — **Brœtz**. Ein Fall von Endotheliom der Portio vaginalis. *Archiv. f. Gyn.*, 1896, t. LII, p. 1. — **Carmelo Carrillo y Cubero**. Histerectomia abdominal total por fibroma intersticial de gran volumen ; procedimiento de Doyen, curacion. *Anales obst. Ginec. Y. pediatria*, août 1896, p. 225. — **Carpenter**. Vaginal hysterectomy for puerperal sepsis due to retained decidua. *Medical Record*, New-Y., 2 mai 1896. — **Chrzanowzki**. Zwei Fälle von secundärer submücoser Myome mit der gegenüberliegende Wand des Uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXV, Hft. 1, p. 41. — **Cripps**. Abdominal hysterectomy with intraperitoneal treatment of the stump. *Transactions of obstetrical Society*, Londres, janvier et février 1896, p. 41. — **Cullingworth**. Large fibro-cystic myoma growing from the cer-

vix uteri. *Transactions of obstetrical Society*. Londres, janvier et fév. 1896, p. 8.— **Cullingworth.** Multiple fibro-myomata of the uterus. *Transactions of obstetrical Society*, Londres, janvier et février 1896, p. 6. — **Davis.** Supra-vaginal hysterectomy for impossible labor, with intra-pelvic treatment of stump. *The American Journal of the Medical Sciences*, Philadelphia, mai 1896, p. 537, 543. — **Dunrac.** *Contribution à l'étude du traitement palliatif du cancer utérin par le chlorate de soude.* Th. Paris, 1895-96, n° 412. — **Eden.** Deciduoma malignum a criterium. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1896, vol. XXXVIII, p. 149. — **Hamonic.** Hystérectomie vaginale. Guérison. *Rev. d'Andrologie et de Gyn.*, septembre 1896, p. 257. — **Herbert Spencer.** A case of deciduoma malignum. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1896, vol. XXXVIII, p. 135. — **Ingolf Loüisberg** et **Mannheimer.** Zur Kasuistik dei bösartigen « serotinalen » Uterus geschwülste. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 18, p. 474. — **John Byrne.** On the relative merits of total or partial hysterectomy for cancer of the cervix by ordinary methods and supravaginal Excision by galvano-cautery. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juillet 1896, p. 32. — **Knauss et Camerer.** Adenoma cervicis malignum cysticum. *Zeitsch. f. Geb. a. Gyn.*, Bd. XXXIV, Hft. 3, p. 446. — **Lewers.** Cancerous uterus with pyometra. *Transactions of obstetrical Society*, Londres, janvier et février 1896, p. 14. — **Leguen** et **Marien.** Note sur le rôle de l'inflammation dans le développement d'une variété de fibromyômes utérins. *Semaine gynécologique*, 1896, p. 178. — **Max Voigt.** Zur vaginalen totalextirpation des Uterus bei nicht bösartiger Erkrankung. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, juillet 1896, p. 38. — **Morton (Charles A.).** Supra-vaginal amputation of the cervix for carcinoma during the fifth month of pregnancy. Remarks on the operative treatment of cancer of the uterus complicating pregnancy. *Lancet*, London, 1896, II, 366. — **Neumann.** Beitrag zur Lehre vom « malignen deciduom ». *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 5, p. 387. — **Penrose.** Report of a case of hysterectomy for acute puerperal sepsis; recovery. *The American Journal of obstetrics*, New-York, mai 1896, p. 678. — **Pératé.** *Technique de l'hystérectomie vaginale.* Th. de Paris, 1895-96, n° 237. — **Peterson.** Hysterectomy as an accompaniment to bilateral removal of the appendage. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, août 1896, p. 188. — **Pigeonnat.** *Contribution à la thérapeutique chirurgicale des gros fibromes utérins.* Th. de Paris, 1895-96, n° 573. — **Polk.** Hysterectomy for fibroid, carcinoma in pregnancy after ligation of the anterior trunk of the internal iliac artery. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juillet 1896, p. 1. — **Polk.** Ligation of both internal iliacs suggested for inoperable cancer of uterus. *N. York med. Rec.*, 2 mai 1896, p. 639. — **Popelin.** Un cas de psychose menstruelle guérie par l'hystérectomie vaginale. *Soc belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, n° 7, 151. — **Robert Blum.** Welches ist die beste Myomoperation? Statistik der in den letzten Jahren an der Universitats-Frauenklinik zu Leipzig ausgefuhrten myomectomien. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXV, Hft. 1, p. 80. — **Rutherford.** A case of deciduoma malignum. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1896, vol. XXXVIII, p. 130. — **Schramm.** Dreiundsechsig vaginale Uterusextirpationen nach Péan-Richelot. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LII, Hft. 2, p. 355. — **Segond.** Consideration on the technique the difficulties and the dangers of vaginal hysterectomy in cases of fibroma and in pelvic suppuration. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, septembre 1896, p. 815. — **Wathen.** Treatment of intraligamentous and retroperitoneal uterine myomata. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, septembre 1896,

p. 320. — **Wathen**. Vaginal hysterectomy. *Am. J. Obst.*, septembre 1896, p. 329. — **Wetherill**. Some noteworthy hysterectomy. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1896, p. 717.— **Wetherill**. Supernumerary oviducts, and typical hydatid of Morgagni with a large uterine fibroïd : hysterectomy. *Am. J. obst.*, septembre 1896, p. 373. — **Zweifel**. Ueber die klammerbehandlung bei der Totalexstirpatio uteri per vaginam. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 38, p. 970.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Anton Hane**. On tubercular peritonitis. *Annales of gyn. and pædiatry*, juillet 1896, p. 705. — **Baker (W.-H.)**. Hematoma of ovary. *Boston med. and surg. J.*, 1896, I, 461. — **Bliesener**. Die abdominale Radikaloperation bei entzündlicher Adnexerkrankung. *Monatssch. f. Geb. a. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 1, p. 15. — **Cordier**. The vaginal on the abdominal method of dealing with inflammation diseases of the pelvis. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, août 1896, p. 160. — **Dupouy**. *Pathogénie des hémorrhagies para-utérines sous-péritonéales*. Th. Paris, 1895-96, n° 375. — **Eichholz**. Zur Allgnemeinbehandlung der Beckeexsudate, *Wiener medin. Presse.*, 1896, n° 29, p. 959. — **Henrotay**. Péritonite et salpingo-ovarite double tuberculeuse. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, n° 7, p. 147. — **Henrotin**. The cure of septic pelvic diseases in women. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1896, p. 689. — **Hundley**. Three cases of pustules : in two of which the gonococcus was present in the other streptococcus pyogenes. *The American Journal of obstetrics*, New-York, mai, 1896, p. 689. — **Malcolm (John D.)**. Two cases of rupture of intestine caused by the separation of adhesions to diseased ovaries. *Lancet*, 1896, II, 871. — **Pryor**. How can suppuration be best prevented in acute pelvic inflammations? *Med. News*, septembre 1896, p. 253. — **Reulen Peterson**. Treatment of pelvic suppuration by abdominal section without hysterectomy. *Am. J. of Obst.*, 1895-96, p. 31. — **Strassmann**. Beiträge zur Lehre der Ovulation, Menstruation und Conception. *Arch. f. Gyn.*, 1896, t. LII, p. 134. — **Thévenard**. *Contribution à l'étude de l'hématocèle rétro-utérine*. Th. de Paris, 1895-96, n° 261. — **Turazza**. Peritonite tuberculare. Pio-salpingite. *Riforma Medica*, 25 avril 1896, p. 242. — **Wesley Bovée**. Anterior colpotomy in pelvis diseases. *Am. J. of Obst.*, juillet 1896, p. 48. — **Wolff**. Ueber die Tuberculose des Eierstocks. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LII, Hft. 2, p. 235.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, OVARIOTOMIE. — **Andrew Macpehall**. Sarcoma of the uterus. *Am. d. of Obst.*, juillet 1896, p. 56. — **Butler-Smythe**. Pregnancy complicated by an ovarian tumour ; rupture of the cyst 19 days after delivery ; recovery. *Lancet*, 1896, II, 809. — **Bogdanik**. Ruptur einer Ovarialcyste. *Wiener medizinische Presse*, 1896, p. 1177. — **Condamin**. De la marsupialisation des kystes de l'ovaire ; traitement ultérieur en cas de récidive. *Archives de gyn. et de toc.*, 1896, p. 550. — **Cullingworth**. A supposed case of tubo-ovarian cyts. *Transactions of obstetrical Society*, Londres, janvier et février 1896, p. 1. — **Curatulo**. On the influence of the removal of the ovaries on metabolism connection with osteomalacia. *Transactions of obstetrical Society*, Londres, janvier et février 1896, p. 17. — **Eckardt**. Ueber die Beschaf-

fenheit der Uterusmucosa nach Kastration. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 30, p. 786. — **Fehling**. Ueber Ovariotomie von der Vagina aus. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 30, p. 779. — **Hohl**. Zur Behandlung von Ovarialtumoren in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LII, Hft. 2, p. 410. — **Laroche**. *Contribution à l'étude de l'inclusion des kystes dans les ligaments larges*. Th. Paris, 1895-96, n° 561. — **Penrose (Charles B.)**. The ligature in oophorectomy. *Annals of surgery*, Philad., 1896, II, 35. — **Pichevin** et **R. Petit**. Tumeur rétro-utérine et rhumatisme blennorrhagique. *Semaine gynécologique*, 1896, p. 169. — **Picqué**. Des tumeurs solides de l'ovaire. *Semaine gynécologique*, 1896, 129. — **Stansbury Sutton**. Double ovariotomy followed by pregnancy and delivery at term. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juillet 1896, p. 26. — **Thomas Cullen**. Multilocular adeno-papillo-cystoma of the ovary with sarcomatous nodules of the inner surface of one of the cysts. *Am. J. obst.*, septembre 1896, p. 358. — **Toogood**. A case of pregnancy complicated with parovarian cyst simulating extra-uterine fœtation. *Lancet*, 1896, I, 1351. — **Tricomi**. Un caso di fibromioma-primitivo del ligamento largo. *La Riforma medica*, 1896, n° 164, p. 159. — **Watkins**. Technic of abdominal salpingo-oophorectomy without pedicle. *Med. News*, août 1896, p. 141. — **Wilms**. Sur les tératomes de l'ovaire. *Semaine gynécologique*, 1896, p. 196.

ORGANES URINAIRES. — **Albert Crickx**. Contribution à l'étude des fistules urétéro-vaginales consécutives à l'hystéroctomie. *Société Belge de chirurgie*, 1896, p. 49. — **Broca**. Prolapsus de l'urèthre chez les petites filles. *La Revue médicale*, Paris, 23 mai 1896, p. 134. — **Deale**. Movable kidney. *The American Journal of obstetrics*. New-York, mai 1896, p. 703. — **Camero**. *Contribution à l'étude du traitement de la cystite douloureuse par le curettage radical chez la femme*. Th. Paris, 1895-96, n° 452. — **Garceau (Edgard)**. Some affections of the female bladder. *The Boston med. and surg. Journ.*, 1896. II, p. 256. — **Masse**. Polype de l'urèthre chez une femme de 23 ans. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, août 1896, p. 412. — **Pourtier**. *Du prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez la femme*. Th. Paris, 1895-96, n° 515. — **Reynolds**. Some aspects of ureterites in women. *Am. J. of obst.*, juillet 1896, p. 19. — **Reynolds**. Ureterites in women. *Med. Standard*, 1896, n° 8, p. 258. — **Talley**. A case of nephrotomy for pyelonephrosis. *The Am. Gyn. a. obst. J.*, septembre 1896, p. 273. — **Wertheim**. Ueber Blasengonorrhoë. Ein neuer Beitrag zum Verhalten der Gonokokken : Nachweis von Gonokokken in Blutgefassen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXXV, Hft. 8, p. 1.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Cordier**. Report of cases in abdominal and pelvic surgery. *Med. Rec.*, septembre 1896, p. 338. — **Faure**. Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval ; décollement de la vésicule biliaire ; laparotomie. Guérison. *Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, 1890, n° 68, p. 769. — **Fritsch**. Der Tod nach Laparotomie. *Wiener medizinische Presse*, 1896, p. 1216. — **Hickman**. The management of cases of ter abdominal opération. *Am. Tr. obst.*, septembre 1896, p. 334. — **Jahreiss**. Ein Fall nay Platzen der Bauchwunde nach Laparotomie. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 37, p. 944. — **Tait (Lawson)**. The evolution of the surgical treatment of the broad ligament pedicle.

Lancet, 1896, I. 1338. — **Weller Van Hook**. Capillary abdominal drainage. *Med. Standard*, juin 1896, p. 192. — **Watson**. Cases of abdominal surgery occurring in the first surgical service of the Boston City Hospital during the four months' Summer service. *The Boston med. a. surg. J.*, août 1896, p. 188.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **De Seigneux**. De la présentation de la tête et du mécanisme de son engagement. *Revue médicale de la Suisse Romande*, p. 277, 1896.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Fothergill (W. E.)** Placental tissue; fresh and old. *Brit. med. J.*, 1896, I, 1141. — **Gottschalk**. Zur Lehre von den Placentarverhältnissen und den placentaren Gefassverbindungen einiger Zwillinge. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LI, Hft. 3, p. 389. — **Hegar (A.)**. Brüste und Stillen. *Deutsche med. Wochensch.*, août 1896, p. 539. — **Küstner**. Ein Stadium der Placentarentwickelung. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXIV, Hft. 3, p. 519. — **Stabb**. Placenta velamentosa and an abnormally large placenta. *Transactions of obstetrical Society*, Londres, janvier et février 1896, p. 4.

DYSTOCIE. — **Beckmann**. Beitrag zur Gravidität un rudimentären Uterushorn. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1896, Bd. XXXV, Hft. 1, p. 60. — **Bossi**. A proposito di tumori ostruente il canale pelvico durante il parto. *Annal. di Ost. e Ginec.*, 1896, n° 8, p. 569. — **Braun von Fernwald**. Ein Beitrag zur Kenntniss des spondylolisthetischen Beckens. *Arch. f. Gyn.*, 1896, t. LII, p. 78. – **Brunos**. Cloisonnement cicatriciel transversal du vagin chez une secondipare à terme; rupture du col; mort de la mère et de l'enfant. *Archives de gynéc. et de tocol.*, 1896, p. 303. — **Denny (Ch. F.)**. Dermoid cyst complicating pregnancy. *Boston med. and surg. J.*, 1896, I, 461. — **Jellinghaus**. Ein neuer klinisch beobachteter Fall von Spondylolisthesis. *Arch. f. Gyn.*, Bd, LII, Hft. 2, p. 428. — **Kelley**. Fibroïd tumors of the uterus with pregnancy. *The American Journal of obstetrics*, New-York, mai 1896, p. 697. — **Knapp**. Bericht über 105 Geburten bei engem Becken aus den Jahren 1891-1895. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LI, Hft. 3, p. 489. — **Rapin**. Dystocie causée par une tumeur des annexes, située dans le bassin au-devant de la tête. Ablation par le vagin. Forceps; enfant vivant; mère guérie. *Revue médic. de la Suisse Romande*, Genève, 1896, p. 349. — **Sinclair**. On the of the complication pregnancy and parturition with cancer of uterus. *The Medical Chronicle*, Manchester, mai 1896, p. 81.

GROSSESSE. — **Vinay**. Signes et symptômes de la grossesse commençante. *Lyon médical*, 1896, n° 20, p. 69. — **William E. Parke**. Diagnosis of pregnancy by the changes in the microscopie appearance of the urinary phosphates. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, septembre 1896, p. 316.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Clavaud-Ribourgeon**. *Hydropisie de l'amnios dans les grossesses gémellaires*. Th. de Paris, 1895-96, n° 472. — **Grasset**. Un cas de grossesse triple. *Le Centre médical*, 1896, n° 3, p. 41. — **Genge**. Five month's fœtus and placenta, from a case of

twin pregnancy in which the second child was delivered alive at or neat full term along with the dead fœtus. *Transactions of obstetrical Society*, Londres, janvier et février 1896, p. 5. — **Moseley**. Twin pregnancy : one fœtus being intra-uterine and the other extra-utérine pregnancy (tubal). *The American Journal of obstetrics*, New-York, mai, 1896, p. 682. — **Planchard**. Note sur un cas de grossesse triple. *Le Centre méd.*, juillet 1896, p. 1. — **Stahl (Fr. A.)**. Quadruplets. *Edinburgh medic. Journ.*, 1896, t. II, p. 183.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Abbegs**. Ein Fall von Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 18, p. 472. — **Alfred Scott Warthin**. Ectopic gestation associated with tuberculosis of the tubes, placenta and fœtus. *Med. News*, N.-Y., 1896, II, 319. — **Bacon**. Diagnosis of Ectopic gestation. *The Am. Gyn. a obst. J.* janvier 1896, p. 762. — **Duncan**. Unruptured tubal gestation. *Transaction of obstetrical Society*, Londres, janvier et février 1896, p. 36. — **Elisha S. Boland**. Extra-uterine pregnancy from the standpoint of the general practitionner. *The Boston Med. a. Surg. J.*, août 1896, p. 136. — **Fernand Henrotin**. Vaginal section for extra-uterine pregnancy. *The Am. Gyn. a. obst. J.*, août 1896, p. 151. — **Frankenthal**. Extra-uterine pregnancy occuring twice in the same patient, with general consideration of the subject of ectopic gestation. *The Am. Gyn. a. obst. J.*, 1896, p. 297. — **Galabin**. Intra-ligamentous gestation retained for twenty-one years. *Transaction of obstetrical Society*, Londres, janvier et février 1896, p. 38. — **Galabin**. Tubal gestation ruptured at the sixth week. *Transactions of obstetrical Society*, Londres, janvier et février 1896, p. 39. — **Gill Wylie**. Ectopic gestation. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juillet 1896, p. 7. — **Hammerschlag**. Curettement bei Graviditas extra-uterina. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 36, p. 913. — **Howard A. Kelly**. The treatment of extra-uterine pregnancy, ruptures in the early months by vaginal puncture and drainage. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, août 1896, p. 129. — **Matthey Mann**. The choice of operation in ectopic gestation. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juillet 1896, p. 13. — **Michinard**. A case of plural ectopic gestation; rupture; operation; recovery; subsequent uterine pregnancy. *Am. J. of Obst.*, juillet 1896, p. 36. — **Murphy (Emily F.)**. Tubal pregnancy, complicated by an inguinal hernia. *The Boston med. and surg. Journ.*, 1896, I, 592. — **Playfair**. Ruptured tubal gestation. *Transactions of obstetrical Society*, Londres, janvier et février 1896, p. 34. — **Reynolds**. Ectopic pregnancy. *Med. Standard*, juin 1896, p. 182. — **Rocchini**. Un caso da gravidanza extra-uterina abdominale primitiva. *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1896, n° 8, p. 577. — **Rumpf**. Etiologia, pathology of extra-uterine pregnancy. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1896, p. 755. — **Smith**. The treatment of ectopic gestation by abdominal section. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1896, p. 747. — **Smith**. Tubal abortion. *Med. Standard*, juin 1896, p. 179. — **Tott**. Beiträge zur Frage der ektopischen Schwangerschaft aut Grund der 14 jährigen materials der ... geburtshülflichen and gynäkologischen Klinik in Budapesth. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LI, Hft. 3, p. 410. — **Watkins**. Tubal pregnancy. *Med. Standard*, juin 1896, p. 178.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Cocchi**. Contributo allo studio delle cause di morte del feto subito dopo il parto. *Annali di ostetrica e ginec.*, 1896, p. 497. — **Flandrin**. Œdème généralisé du fœ-

tus et gros placenta. *Le Dauphiné médical*, 1896, p. 181. — **Goldberger**. Seltene zwillingsfructe. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 30, p. 784. — **Henrotay**. Fœtus pseudo-encéphaliens. *Soc. belg. de gyn. et d'obst.*, 1896, n° 7, p. 150. — **Lefour**. Ectromélien hémimèle (arrêt de développement des doigts de la main droite). *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1896, n° 18, p. 207. — **Ludwig Knapp**. Erfahrungen ueber Laborde's rhythmische Zungentraktionen, nebst einigen Bemerkungen über Verletzungen durch diese und andere Wiederbelebungsmethoden. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 28, p. 729. — **Ludwig Knapp**. Fall von Facialisparese bei einem Neugeborenen nach spontaner Geburt. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 27, p. 705. — **Magne**. *Réflexe cutané chez le fœtus à terme.* Th. Paris, 1895-96. — **Pascal**. La rupture du cordon ombilical et les fractures du crâne chez le nouveau-né au point de vue judiciaire. *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 1896, n° 73, p. 865. — **Schæffer**. Ueber di fötale Dolicho und Brachycephalie. Ein Beitrag zur fötalen Schädelentwickelung und zu den Fragen von der Vererbung u. den Geburtseinflussen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. XXXV, Hft. 1, p. 19. — **Schæffer**. Ueber die Schwankungsbreite der Gewichtsverhältnisse von Säuglingen in den ersten 14 Lebenstagen u. die Ursachen dieser Schwankungen. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LII, Hft. 2, p. 282. — **Secheyron**. Les infections fœtales intra-utérines, la syphilis exceptée. *Semaine gynécologique*, 1896, p. 201 et p. 210. — **Schultze**. Ueber die beim Scheintodt Neugeborener vorliegenden Indikationen. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 37, p. 937.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Boyd**. Case of Porro Cæsarean section. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, septembre 1896, p. 323. — **Boyd**. Symphyseotomy. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, septembre 1896, p. 294. — **Decio**. Del parto forzato e del taglio cesareo in gravida agonizzante. *Annali di ostetrica e ginecologia*, Milano, 1896, p. 433, 542. — **Mueller**. Zur Anwendung der Zange an dem nach folgenden Kopfe. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 39, p. 997. — **Ochlschlœger**. Die Zange an den nach folgenden Kopf. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 31, p. 804. — **Pobedinsky**. Ein Kaiserschnitt nach Porro mit glücklichem Erfolge fur Mutter und Kind. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 31, p. 801. — **Poll**. Drei glückliche Kaiserschnitte bei ein und derselben Frau. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 21, p. 554. — **Remy**. A propos de l'accouchement prématuré provoqué. *Arch. de gyn. et de tocol.*, 1896, t. XXIII, p. 489. — **Rœsing**. Zur Entwicklung des nachfolgenden kopfes. *Cent. f. Gyn.*, 1896, p. 995. — **Sinclair**. A case of Cæsarean section. *The Med. Chronicle*, 1896, n° 4, p. 267. — **Strebel**. Ein Beitrag zur Lösung der Kaiserschnittfrage. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LII, Hft. 2, p. 322. — **Taylor**. Walcher's Position in Obstetrics. *The Cincinnati Lancet Clin.*, juin 1896, p. 707.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Ayers (Edward A.)**. Symphyseotomy. *Med. Rec.*, N.-Y., 1896, II, 368. — **Brinton (W.)**. Sudden Deaths in the puerperium with report of a case. *Am. J. of Obst.*, juillet 1896, p. 40. — **Budin**. Hémorrhagies utérines et ruptures du sinus circulaire. *Presse médicale*, 1896, p. 381. — **Cestan**. L'avortement tubaire. *Semaine gynécologique*, 1896, 113 et 121. — **Chazan**. Zur Frage der Hyperemesis gravidarum. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 33, p. 849. — **Clanahan**. Artificial feeding of infants. *The American Journal of obs-*

tetrics, New-York, mai 1896, p. 660. — **Duvernet**. Fièvre gravidique. *Arch. de gynéc. et de tocologie*, 1896, p. 493. — **Gillette (Willard)**. Hydatiform moles. *Medic. Rec.*, 1896, t. II, p. 15. – **Gottschalk**. Ueber eine mit vorzeitiger Contraction des inneren Muttermundes vergesellschaflete besondere Form der Nachgeburtsverhallung bei rechtzeitigen Geburten. *Berlin. klinisch Wochensch.*, 1896, n° 21, p. 459. — **Heitzmann**. Blutungen warend Schwangerschaft und ihre Behandlung. *Cent. f. die Gesammte Therapie*, juillet 1896, p. 385. — **Higier**. Eine Combination von Poliencephalomyelites und puerperaler Polyneurites. *Wiener medizin. Presse*, 1896, n° 35, p. 1107. — **Jacobs**. A propos de l'avortement. *Archives de gynécologie et de tocol.*, 1896, p. 298. — **Johannes Füth**. Zur Behandlung der Placenta prævia. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 36, p. 918. — **Knapp**. Einige Zwillingsplacenta ; velamentöse Insertion : Verblutung beider Fruëhte unter der Geburt. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LI, Hft. 3, p. 586. — **Knowles Evans**. A review of the causes and treatment of abortion. *Med. News*, août 1896, p. 120. — **Lamond Lackie**. Puerperal pulmonary thrombosis. *Edinburgh med. Journ.*, 1896, II, 21. — **Lindfors**. Wer bat zuerts die grobanatomischen Verhältnisse des vorliegenden Mutterkuchens richtig verstanden? *Arch. f. Gyn.*, Bd. LII, Hft. II, p. 314. — **Laurendeau**. Eclampsie puerpérale *L'Union méd. du Canada*, 1896, n° 8, p. 449. — **Le Pileur**. Métrorrhagies consécutives à une fausse couche, curettage. Hyperthermie. Réveil du paludisme. *Semaine gynécologique*, 1896, 107. - **Ludwig**. Klinische Beobachtungen über Eklampsie. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 5, p. 365. — **Mac-Evitt (John C.)**. Rupture of the uterus. *Med. Rec.*, N.-Y., 1896, II, 159. — **Mars**. Angioma myxomato des disseminatum placentæ. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 3, p. 229. — **Maslowsky**. Zur Aetiologie der vorzeitigen Ablösung der Placenta von normalen Sitz. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. IV, Hft. 3, p. 312. — **Mazier**. On cardiac disease during pregnancy. *Annals of Gyn. and Pædiatry*, juillet 1896, p. 683. — **Mendailles**. *Des mastites puerpérales et de leur traitement*. Th. de Paris, 1896. — **Neumann (Julius)**. Ueber puerperale Uterus gonorrhoe. *Monatsschritt f. Geburtsh. u. Gynækol.*, Berlin, 1896, II, 109. — **Post**. Intra-uterine infection of syphilis. *The Boston Med. a. Surg. J.*, juillet 1896, p. 77. — **Pujol**. Hémorrhagies gravidiques par rupture du sinus coronaire. *Arch. de gyn. et de tocol.*, juin 1896, p. 401. — **Parisot (P.)**. Insertion vicieuse du placenta. *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 1896, 25 avril, 10 mai et 25 mai. — **Remy**. Rétention d'urine chez les accouchées. *Archives de gynécol. et de tocol.*, 1896, p. 296. — **Ritchie (James)**. Osteomalacia. *Edinb. med. and surg. J.*, 1896, I, 985. — **Robert**. Accouchement forcé dans l'éclampsie puerpérale. Nouvelle étiologie possible de l'éclampsie. *La Revue méd.*, juillet 1896, p. 193. — **Routh (Amand)**. Hæmorrhage during the early months of pregnancy. *Lancet*, 1896, I, 1343. — **Saxe**. Placenta prævia. *Am. J. Obst.*, septembre 1896, p. 379. — **Seabury Jones**. Puerperal eclampsia. *Medic. Record*, 1896, I, 586. — **Schnell**. Ueber einen Fall von Gasblasen im Blut einer nach Tympania uteri gestorbenen Puerpera. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 3, p. 199. — **Schoolfield**. Placentitis : retained placenta. *The American Journal of obstetrics*. New-York, mai 1896, p. 641. — **Siou**. *De l'hydramnios dite aiguë et de son traitement*. Th. de Paris, 1895-96, n° 470. — **Sorel** et **Hamon**. Du traitement des complications de l'avortement. Du curettage et de ses in-

dications. *Gaz. de Gyn.*, mai 1896, p. 145. — **Weber.** Hydrops des Fötus und der Mutter bedingt durch Schwangerschaftsniere. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 35, p. 898.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Barton Cooke Hirst.** Modern methods in the treatment of puerperal infection and their comparative worth. *Am. J. Obst.*, août 1896, p. 180. — **Haas.** A propos de la question des injections vaginales après l'accouchement. *Rev. méd. de l'Est*, août 1896, p. 449. — **Mc Lean.** A case of tubal pregnancy with an anomalous disparition of the tube. *Am. J. Obst.*, septembre 1896, p. 365 — **Milne Murray.** On forceps with adjustable axis-traction; and on forceps for occipo-posterior position of the vertex. *Edinb. med. J.*, septembre 1896, p. 228. — **Owen Macknen.** Some modification of midwifery forceps. *Edinb. med. J.*, septembre 1896, p. 237. — **Rech.** Zur Behandlung des Erbrechens während der Schwangerschaft mit Orescurium basicum. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 33, p. 851. — **René de Cotret.** Traitement de l'éclampsie puerpérale. *L'union méd. du Canada*, 1896, n° 8, p. 453. — **Townsend (Charles W.).** Remarks on the treatment of placenta prævia, with special reference to the use of the intra-uterine tampon after delivery. *Boston med. and surg. Journ.*, 1896, I, p. 591.

VARIA. — **Davis (E.).** Intestinal bacteria as a source of infection complicating obstetric operation. *Am. J. Obst.*, août 1896, p. 198. — **Garcia Rijo.** A proposito de las Vedas durante la menstruacion y el embarazo. *Cronica Medico-Quirurgica de la Habana,* juillet 1896, p. 205. — **Gordon.** Two pregnancies following removal of bath ovaries and tubes. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juillet 1896, p. 28. — **Harding.** It case of syphilis in mother and child with unusual history. *The Boston med. a. Surg. J.*, juillet 1896, p. 85. — **Mayo Robson.** On some of the relations of pregnancy to surgery. *British med. J.*, avril 1896, p. 893. — **Myrix J. Crouch.** Some unusual cases in obstetrics. *The Cincinnati Lancet clinic*, 13 june 1896, p. 685. — **Oglivie.** Should a healthy mother suckle her congenitally syphilitic child? *The Lancet*, juin 1896, p 1791. — **Pipek.** Bericht über die Morbiditäts and Mortalitäts verhaltnisse auf der geburshülflichen Klinik von Prof. Pawlik, *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 3, p. 203. — **Remfry.** The effects of lactation on menstruation and impregnation. *Transactions of obstetrical Society*, Londres, janvier et février 1896, p. 22. — **Teidondans.** Tre gravidanze normali dopo nefrectomia. *Annali di Ost. et Gyn.*, 1896, p. 522. — **Tucker.** Some unusual case of obstetrics. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, septembre 1896, p. 273. — **Vineberg (Hiram F.).** A contribution to the study of lactation-atrophy of the uterus. *Americ. J. of med. Sc.*, Philadelphia, 1896, t. II, p. 48. — **William Bruce.** A discussion on the ethics of midwifery practice in relation to midwives. *Brit. med. J.*, août 1896, p. 384. — **Winternitz.** Ueber die Häufigheit und Prognose der Zangenentbindungen auf Grund der gynäkologischen und geburtshülflischen Materials der Tübinger Universitäts-Frauenklinik. *Monatssch. fur Geb. a. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 1, p. 1.

Le Gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1896

TRAVAUX ORIGINAUX

LE PROFESSEUR JOSEPH-ALEXIS STOLTZ

Doyen honoraire de la Faculté de médecine de Nancy,
Associé de l'Académie de médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Correspondant de la Société obstétricale de Londres.

SA CARRIÈRE ET L'ANALYSE DE SES TRAVAUX

Par son élève et collègue **Fr. Jos. Herrgott,**
Professeur honoraire de la Faculté de médecine de Nancy,
Lauréat et correspondant de l'Institut,
Associé de l'Académie de médecine.

Je n'ai pas l'intention d'écrire une biographie complète du professeur Stoltz ; mon but est plus modeste. Je ne veux que jeter un coup d'œil sur sa longue carrière et faire un exposé analytique de son œuvre scientifique.

Joseph-Alexis Stoltz est né à Andlau (Bas-Rhin), arrondissement de Schlestadt, le 14 décembre 1803.

Son père était officier de santé et comme tel il avait fait les campagnes de Suisse au commencement du siècle ; c'était un homme instruit, ayant un talent de dessinateur peu commun ; il s'était aussi occupé de la culture de la vigne et avait même publié sur ce sujet un ouvrage fort remarqué, que son fils avait été heureux de trouver dans la bibliothèque de Gottingue.

Stoltz, dès son enfance, fut un écolier studieux; il fit ses classes si rapidement qu'il dut demander une dispense pour pouvoir passer son examen du baccalaureat. Comme étudiant en médecine, ses succès furent brillants. Nommé aide de clinique, il soutint sa thèse le 21 août 1826, alors qu'il n'avait pas 23 ans.

Il s'était attaché au professeur Flamant, chargé de l'enseignement de la clinique externe et des accouchements, et ne tarda pas à devenir l'élève privilégié et le collaborateur de ce maître éminent.

Sa thèse inaugurale était consacrée à *divers points relatifs à l'art des accouchements*; elle porte comme épigraphe : « *Annotatio naturæ artem peperit* ». Stoltz s'inspire de cette pensée de Cicéron et lui reste fidèle pendant toute son existence; on la retrouve non seulement dans ses écrits, mais encore dans ceux qu'il a inspirés à ses élèves.

Cette thèse comprend trois sujets différents :

1° *Sur les différents états du col de l'utérus, mais principalement sur les changements que la gestation et les accouchements lui font éprouver* (15 pages, de 1 à 15);

2° *Sur le mécanisme de la parturition* (pages 15 à 39) ;

3° *Sur l'usage du levier dans les accouchements*, avec 1 planche (pages 39 à 45).

Dans ses *Leçons de clinique obstétricale*, le professeur Depaul dit (1) : « M. le professeur Stoltz est le premier qui se « soit occupé sérieusement des modifications du col pendant « la grossesse; ses observations, consignées dans sa thèse « inaugurale de 1826, ont été le véritable point de départ de « travaux qui ont été poursuivis, depuis, sur le même sujet. » — « Dans cette question, c'est Stoltz qui a été l'autorité dans le XIX° siècle », dit Varnier dans une savante revue générale publiée dans les *Annales de gynécologie* (2). Je n'ajouterai rien à cette double appréciation, et je me contente de citer

(1) Paris, 1872-1876. Paris, chez Delahaye, p. 115.

(2) T. XXVIII.

une page de cette thèse afin de bien montrer dans quel esprit et avec quelle méthode elle a été faite :

« Les changements qu'éprouve le col de l'utérus pendant « la gestation ne sont indiqués que sommairement dans les « traités d'accouchements, et le plus souvent leurs auteurs « ne sont pas d'accord; on ne s'en étonne pas, quand on con- « naît les nombreuses variétés qui se font remarquer dans « la manière d'être de cette partie, depuis la conception jus- « qu'à l'accouchement..... Il faut toucher et toucher souvent « des femmes aux différentes époques de la gestation pour « pouvoir s'en faire une idée exacte..... C'est moins le col « entier, que sa partie inférieure appelée *museau de tanche*, « qu'on nommerait mieux *portion vaginale*, qui demande « l'attention des accoucheurs et qui fixera la mienne. Je ne « veux donner que le résultat des observations que j'ai « faites à la clinique d'accouchement de cette Faculté, et « inscrites aussitôt après avoir touché (1). »

Aujourd'hui encore, ce premier travail de Stoltz mérite à tous égards d'être sérieusement étudié, parce qu'il est devenu le point de départ de discussions et de mémoires qui ont éclairé ce chapitre de l'obstétricie.

Le second point traité dans la thèse de Stoltz est intitulé : *Sur le mécanisme de l'accouchement.*

En 1819 avait paru dans les *Archives de physiologie* de Meckel (t. V, 4e fascicule) un travail du professeur Naegele, de Heidelberg, portant pour titre : *Sur le mécanisme de*

---

(1) Notre intention avait été de donner les textes mêmes de la thèse de Stoltz, mais nous aurions été entraîné à donner ce qui se trouve textuellement ou au moins une analyse dans tous les traités d'accouchements; nous y renvoyons le lecteur. Il en est de même du travail de Müller, *qui a été inséré dans le t. V* des *Beiträge zur Geburtskunde u. Gynækologie de Scanzoni, p. 191 à 346* (avec figures, pl. VIII, fig. 19) qui, mieux étudié aurait prévenu une longue et oiseuse discussion soulevée par Bandl. C'est une confirmation, après de nouvelles recherches, des idées de Stoltz. Toutefois, il faut dire que le point soulevé par l'éminent professeur de Strasbourg, fort difficile, a besoin, pour être admis sans contestation par tout le monde de nouvelles recherches.

l'accouchement (1) (dont il a été publié un tirage à part de 67 pages).

On connaissait à Strasbourg la valeur des travaux publiés par l'éminent professeur de Heidelberg et on savait avec quel soin, quelle patience le célèbre professeur avait, pendant des journées entières, suivi les accouchements simples ou compliqués, pour bien en saisir le mécanisme ; aussi, n'est-il pas surprenant de lire dans le livre de son fils, intitulé : « Die Lehre vom Mechanismus der Geburt. » (Mayence, 1838, p. 142), les paroles suivantes qui traduisent ce que Naegele père avait dit sur les travaux de Stoltz : « l'éminent « professeur d'accouchements de Strasbourg a publié dans « sa thèse inaugurale en 1826, ses observations sur le méca- « nisme de l'accouchement, travail devenu classique et qui « confirme les observations de Naegele. Déjà ses *modifica-* « *tions du col pendant la grossesse* avaient révélé un obser- « vateur des plus judicieux ». Il n'y a rien à ajouter à ce jugement si favorable.

Le troisième point étudié dans la thèse de Stoltz est intitulé : *Sur l'usage du levier dans les accouchements* (av. 1 pl. lithographiée par M. Stoltz, 7 pages). Cette notice, inspirée par M. Flamant et écrite par l'élève pour plaire au maître, fait connaître un levier à cuiller qui serait mieux appelé *crochet à fenêtre*, car il n'a rien du levier proprement dit et est disposé de façon à être appliqué sur la bosse occipitale pour faire fléchir la tête.

Cet instrument ressemble à celui de Péan, représenté dans la monographie de Muller, pl. II, fig. 2, mais il est plus large et mieux disposé pour être bien appliqué sur une partie saillante de la tête, afin de la saisir et agir sur elle pour obtenir une flexion. Les dessins faits par Stoltz témoignent d'une grande habileté de dessinateur. Dans ce travail, Stoltz cite deux cas où l'on a fait usage de cet instrument, mais je ne lui ai jamais vu appliquer.

(1) *Ueber den Mechanismus der Geburt*. Heidelberg, 1822.

En 1818, le professeur W. I. Schmitt, de Vienne, avait publié une intéressante collection des cas de grossesse douteuse, suivie d'une méthode d'exploration destinée aux jeunes accoucheurs. Toujours préoccupé de perfectionner cette partie de l'art qu'Hippocrate appelle une « *partie notablede l'art médical* », Stoltz traduisit en français cet intéressant opuscule, bien fait pour mettre au jour la difficulté de l'exploration et la manière de la pratiquer. Ce livre dédié à M. Flamant, fut publié en 1829 (222 pages avec notes).

Devenu professeur, Stoltz publia un « *Mémoire de ses observations sur la provocation prématurée de l'accouchement* » (1 vol. de 120 p. av. 1 pl. et Strasbourg, 1835).

La fréquence de l'embryotomie dans la pratique obstétricale anglaise, dans la première moitié du XVIIIe siècle, avait donné lieu à des observations sévères de la part d'un certain nombre d'accoucheurs étrangers, mais elles n'avaient produit aucune modification dans la pratique usuelle. En 1752 avait paru un écrit anonyme sous le titre : « *Petition of unborn Babes* » (pétition des enfants non encore nés), adressée au Collège royal des médecins de Londres pour « se plaindre des mauvais traitements qu'ils ont à subir, *dans le sein de leurs mères, de la part des accoucheurs armés de pinces, crochets et autres instruments barbares, dont, comme sujets de la Reine, ils demandent à être affranchis* ». Cette pétition, on le comprend, resta naturellement sans réponse (1) ; mais dans une deuxième réunion qui eut lieu à Londres en 1756, les accoucheurs anglais les plus distingués se basant sur leur expérience et quelques observations de faits dans lesquels des femmes ayant un bassin rétréci et qui n'avaient jamais pu accoucher d'un enfant vivant au terme de leur grossesse, avaient au contraire mis au monde des enfants vivants quand elles étaient accouchées prématurément, délibérèrent sur la question de savoir si,

(1) Voir *Hist. de l'obst. de Siebold*, trad. II, p. 316, § 131, obs. 1 (Sur. I, p. 209-215).

au point de la morale et de la pratique, la provocation de l'accouchement pouvait être autorisée.

Cette opération fut recommandée par Denman, pratiquée par Macauley et Kelly, puis douze fois par Denman lui-même.

En Allemagne, l'opération, quoique accueillie avec tiédeur, fut pratiquée par May, mais elle fut repoussée en France.

L'interruption de la grossesse, la provocation de l'avortement est une pratique très ancienne que la corruption des mœurs avait rendue très fréquente, si bien qu'Hippocrate la défendait sévèrement dans le serment que devaient prêter ceux qui allaient pratiquer la médecine. La VIe Satyre de Juvénal et quelques épigrammes de Martial révèlent le degré de corruption dans laquelle la société romaine était tombée.

La proposition qui fut faite de pratiquer cette opération *dans certaines conditions* se heurtait donc à des prohibitions sévères. Baudelocque, dans le § 2012 de son Traité, dit « qu'il n'est permis de provoquer l'accouchement que dans des cas d'hémorrhagies abondantes, qui ne laissent d'autre espoir de salut pour la femme ; que la délivrance est un *devoir* dans cette circonstance, un *crime* dans l'autre » (rétrécissement pelvien). Une voix favorable se fit cependant entendre à Strasbourg, au commencement du siècle ; M. Schweighaeuser, médecin de l'hôpital civil, publia à Nuremberg, en 1817, un livre « *Sur quelques sujets d'obstétricie pratiques et physiologiques* » (1) où l'on trouve, p. 188, établie la distinction entre l'accouchement forcé et l'accouchement provoqué, par des excitations ou des médicaments laissant à la nature le soin de le terminer.

En 1825 le même auteur publia à Strasbourg, chez Heitz, et à Leipzig, chez Gleditsch, un volume de 254 p. av. 3 pl.

(1) *Aufsätze über einige physiologische und praktische Gegenstande der Geburtshülfe.*

lithogr. Ce livre parut traduit en français par l'auteur, à Strasbourg, 1835, dans lequel se trouve, § 15, p. 228, le passage suivant: « Dans les derniers temps, l'utilité de cette « opération a été appréciée pour la mère et l'enfant et aussi « pour l'accoucheur qui peut être ainsi affranchi d'une « opération très désagréable et pénible. Je vois ici trois « femmes avec leurs enfants qu'elles doivent à des accouche- « ments spontanément prématurés. J'avais accouché ces « femmes par la perforation ou par la version sur les pieds « d'enfants morts. Dans une première grossesse l'indication « est douteuse, mais en présence d'un rétrécissement pel- « vien bien constaté, il serait indiqué, dans une seconde « grossesse, et il faudrait y procéder vers la trente et « unième semaine; l'opération est une affaire de patience « qui n'exige que peu d'adresse. »

De plus en plus convaincu que la provocation de l'accouchement, avant terme, dans les cas de rétrécissement pelvien, était non seulement une opération licite, mais capable de sauver la mère et l'enfant, Stoltz avait engagé un de ses élèves, Gustave Burckhardt, à choisir comme sujet de thèse la question de *l'accouchement prématuré artificiel employé dans les cas de rétrécissement considérable* du bassin (30 juillet 1830) ; c'est le premier travail français sur cette question.

C'est toutefois à Stoltz que revient l'honneur de l'avoir pratiqué le premier en France avec succès pour la mère et pour l'enfant, le 27 septembre 1831, assisté de son ami le Dr Bach, sur une femme qui avait été accouchée une première fois par M. le professeur Lobstein, chirurgien de la maternité de l'hôpital civil, qui avait dû pratiquer la perforation.

Stoltz connaissait parfaitement les sentiments hostiles des accoucheurs français sur cette question, mais il avait foi en la rectitude de son jugement, et se sentait fortifié par l'opinion du professeur Fodéré qui, dans les tomes II et IV de son

Traité de médecine légale, 1813, avait dit que l'opération était parfaitement licite et n'exposait pas à des dangers aussi graves qu'on voulait le faire croire. Un an après, Stoltz communiqua son observation à l'Académie de médecine, et pour faire constater la rectitude de son diagnostic il présenta le bassin de la femme qui était morte de phtisie pulmonaire.

Une commission fut nommée pour faire un rapport sur cette communication, mais aucun rapport ne fut fait, car, en 1827, l'Académie s'étant déjà prononcée contre la provocation de l'accouchement dans un cas grave d'affection du cœur, ne voulut sans doute pas se déjuger si tôt; mais les opinions n'étaient plus si opposées; un des commissaires, P. Dubois, ayant à traiter dans le concours pour la chaire de clinique obstétricale à Paris (15 mai 1834) la question suivante : « *Dans les différents cas d'étroitesse du bassin que convient-il de faire ?* » se prononça en faveur de l'accouchement prématuré artificiel, se mettant ainsi en opposition avec ceux qui pensaient que cette opération était *une atteinte contre les lois divines et humaines !* La conversion la plus étonnante fut celle de Velpeau qui, après avoir condamné l'opération dans la première édition de sa Tocologie théorique et pratique, la défendit si bien dans la deuxiéme édition en 1835, qu'il dit : « L'accouchement prématuré artificiel « défendu par Fodéré et par Stoltz dans la dissertation de « Burckhardt, dans l'article de Dezeimeris ainsi que dans son « mémoire présenté à l'Académie de médecine, sera bientôt « universellement adopté par nous, comme il l'est en Angle- « terre, en Allemagne et en Italie depuis plusieurs années » (t. II. 408, 410). Mais en lisant son traité on est étonné d'apprendre « qu'il *l'a tenté le premier en France,* en 1831, *avec un plein succès* » (p. 450).

Le travail de Stoltz sur la provocation de l'accouchement prématuré dans le rétrécissement du bassin fut publié dans les *Archives médicales de Strasbourg*, 1835, t. I, p. 18 et 243,

t. II, p. 81 et suiv., et par un tirage à part, volume de 120 pages avec la lithographie du bassin de la femme P... (1).

Dans le mémoire de Stoltz se trouvent des recherches sur le volume de la tête du fœtus (diamètre bi-pariétal) aux divers mois de la gestation, d'où il tire les indications du moment de la grossesse auquel il convient de provoquer le travail. Question d'une haute importance pratique.

Bien que l'auteur déclare qu'il n'a pas voulu écrire une monographie, ce travail en a toute l'importance par les documents précieux qu'il contient qui seront toujours consultés avec fruit.

L'opération fut peu à peu adoptée en France où elle a trouvé maintenant des contradicteurs sur un autre terrain ; et où elle subit les conséquences de la marche progressive de la science.

Dans les n^os du 20 juillet 1842 de la *Gazette médicale de Strasbourg*, Stoltz publia de nouvelles observations de provocation de l'accouchement prématuré dans des cas de rétrécissement du bassin et signale les modifications dans les idées des accoucheurs français ; ce travail est continué dans le n° 1 de 1843 et se termine par ces paroles, p. 27 : « Après « avoir passé en revue ce qui a été fait depuis 1835, je ne « trouve rien à ajouter ni à retrancher aux corollaires qui « terminent mon mémoire publié à cette époque, et qui « résument tout ce qu'il y a d'essentiel dans la question de « la provocation de l'accouchement prématuré dans les cas « d'étroitesse pelvienne. »

(*Gazette médicale de Strasbourg*, 1843, p. 27.)

---

(1) En 1837 ou 1838 était arrivé à Strasbourg Orfila, en qualité d'inspecteur des Écoles de médecine ; il assista au cours de Stoltz. La leçon était consacrée à la provocation de l'accouchement prématuré dont il était un des adversaires. (*Leçons de médecine légale*, nouv. éd., 1828, I, 486.) Après cette leçon qu'il avait écoutée avec une grande attention, il alla trouver Stoltz auquel il dit qu'il était converti à ses idées et qu'il les défendrait dans son enseignement et dans une nouvelle édition de son livre. (C'est Stoltz lui-même qui m'a raconté ces détails.)

En 1841 avait été fondée la *Gazette médicale de Strasbourg* par une société de médecins et de pharmaciens, dont le rédacteur en chef fut le Dr Eissen, avec un comité de rédaction composé de trois professeurs de la Faculté : MM. Stoltz, Stroeber et Tourdes. Organe de la faculté de médecine et du corps médical de l'Alsace, c'est essentiellement dans ce journal que se trouvent les travaux de Stoltz, et où l'on y voit la part que l'éminent professeur a prise aux progrès de l'obstétricie.

Mais avant de procéder à l'analyse de ces travaux, il convient de reproduire un fragment d'une espèce d'*auto-biographie* placé au commencement d'un article de *Bibliographie, sur une grossesse tubaire*, inséré dans le t. IV, p. 184, 1884, de la *Gazette médicale de Strasbourg*.

Après avoir parlé de l'étroite liaison qui existait autrefois entre le maître et l'élève, il dit : « Aujourd'hui que voyons-« nous dans nos grandes facultés ? l'isolement le plus complet « de l'élève et du professeur ; le premier, abandonné à ses « propres forces, ne voit le professeur que dans sa chaire. « Ce dernier se contente de laisser tomber à jour et heure « fixe l'enseignement du haut de sa tribune, et disparaît pour « l'élève jusqu'au retour de la leçon, ne s'inquiétant nulle-« ment si celle-ci a été écoutée ou si elle a profité. Sem-« blable à un laboureur insouciant, il jette au loin sa « semence. Que le bon Dieu la fasse germer ou que l'ivraie « l'étouffe ! Peu importe !

« Grâce à notre lenteur provinciale, nous ne sommes pas « encore arrivés à ce dégré de perfection, et l'indifférence « n'a pas encore complètement creusé entre le maître et « l'élève cet abîme de séparation et d'isolement. Chez nous, « l'élève peut encore directement puiser aux renseignements « des professeurs, ceux-ci diriger et guider les élèves, dé-« poser dans leur intelligence les doctrines qu'ils destinent à « la publicité, les charger du soin de les propager, *faire* « *école*, en un mot, c'est-à-dire constituer un centre, un « foyer, où s'élaborent leurs idées, où s'appliquent leurs

« doctrines, et d'où sortent des disciples qui, par leurs travaux, disséminéront l'enseignement du maître. A ce titre, « notre clinique d'accouchement peut certes avoir la prétention de faire école et de se placer dans un des premiers « rangs parmi celles qui fleurissent de nos jours.

« Si, à propos de l'écrit dont nous rendons compte, nous « portons un coup d'œil rétrospectif sur les travaux que « cette école a enfantés dans ces derniers temps, nous aurons « lieu d'être étonné qu'en si peu d'années tant d'écrits « remarquables, tant de thèses savantes aient pu être mis « au jour. La série des travaux s'ouvre par ceux du maître « lui-même : *sur les différents états du col de l'utérus*; prin- « palement pendant la gestation et l'accouchement, *sur le* « *mécanisme de la parturition*, *par l'usage du levier*, sur « la *délivrance*, sur *l'auscultation appliquée aux accouhe-* « *ments* et surtout sur *l'accouchement prématuré artificiel*. « Par ses propres travaux sur cette dernière question (*Mé-* « *moire de l'Académie de médecine)* et par ceux des élèves « M. Burckhart (Thèse de Strasbourg 1830), M. Ferniot « (Thèse de Strabourg 1836), Stoltz eut la gloire de naturaliser en France cette opération si importante, nous pour- « rions dire si humaine. Si la lutte fut longue, la victoire « fut complète, et ce qui signale le mieux l'adoption des « doctrines de l'école de Strasbourg, c'est que celle de Paris « finit par s'en croire l'auteur.

« Après ces travaux, notre école vit éclore, ceux de « M. Godron *sur l'implantation du placenta sur le col*, « ouvrage riche de pratique et d'érudition, de M. Deguerre « *sur l'avortement provoqué*, travail original plein de sève « (1834), la thèse inaugurale de haut intérêt de M. Bach « sur la *rupture des symphyses pendant l'accouchement*, « la thèse de M. le Dr Schuré sur *la procidence du cordon* « *ombilical* (1835), écrit d'érudition et de discussion scienti- « fique. Viennent ensuite : la thèse de M. Gerhard, sur « *la phlegmasie blanche des femmes en couches* (1836) ; de « M. Herrgott, sur *les variétées des formes de la matrice*

« *pendant la gestation et l'accouchement* (1839); de M.
« Vaille, sur *les rétrécissements du vagin*, etc. Nous craindrions d'être entrainés trop loin en continuant cette simple « énumération. D'ailleurs, la plupart de ces travaux sont « connus du monde médical et ont porté au loin le nom du « maître et de ses élèves les plus distingués. On peut juger « par cette nomenclature des travaux qui viennent d'être « indiqués combien, dans un temps assez limité, l'école « d'accouchements de Strasbourg a fourni d'écrits importants, combien de questions ont été agitées, combien de « recherches effectuées; mais pour en apprécier la valeur, « il faudrait les analyser. »

On voit par cette citation (1), que nous avons cru devoir donner intégralement que si M. Stoltz était parfois sévère pour ses collègues des autres facultés, il savait parfois aussi dire quel prix il attachait à son propre enseignement.

Stoltz était chargé de l'enseignement de l'obstétricie : de la *théorie* dans son cours, de la *pratique* dans la clinique.

L'enseignement clinique durait toute l'année, l'enseignement théorique pendant le semestre d'été ; il comprenait deux parties : l'accouchement *normal* et l'accouchement *pathologique* ; la première partie était nommée par lui physiologico-hygiénique, la seconde pathologico-thérapeutique ; vers la fin de chaque semestre quelques leçons étaient réservées à la démonstration, sur le mannequin, des principales opérations obstétricales. La parole du professeur était lente, précise et sérieuse, évitant toute digression, différant sensiblement de celle de son prédécesseur qui avait cherché parfois par d'utiles digressions à fixer les préceptes dans l'esprit des élèves.

Dans son enseignement clinique, il ne perdait jamais de vue l'épigraphe de sa thèse, pensant avec Cicéron que pour

---

(1) Cet article n'était pas signé lors de l'apparition du numéro de la *Gazette médicale de Strasbourg*, mais le nom de Stoltz est dans la table du journal.

édifier solidement la science il fallait des matériaux, *observer la nature avec soin;* aussi accordait-il une attention toute particulière aux observations prises dans son service ; il les dictait à l'interne et il en vérifiait même l'exactitude après la clinique, retranchant ce qui était superflu, ajoutant ce qui manquait. Il faisait de même pour les observations du service de la maternité dont il fut chargé plus tard, et même pour celles de sa pratique privée. C'est parce que Mme Lachapelle en avait agi ainsi, qu'il avait accordé tant de confiance aux Mémoires.

Cette élève de Baudelocque, qui avait abusivement multiplié les modes de présentation, devait les réduires par l'ordre de fréquence à la simplicité de celle de Solagres. Naegele, qui avait suivi la même voie, était arrivé à n'admettre plus que deux positions normales du crâne : 1° occipito-antérieure gauche ; 2° occipito-postérieure droite, la première s'étant présentée 2,467 fois, la seconde 1,244 fois sur 3,834 présentations crâniennnes. Stoltz a cru devoir en ajouter deux : 3° occipito-postérieure gauche ; 4° occipito-antérieure droite *comme positions normalo-exceptionnelles.* (V. Naegele Grenser, trad. Ed., note, p. 150.)

Ces archives précieuses qui eussent dû être publiées sont restées dans les cartons. Un instant, celui qui écrit ces lignes avait obtenu l'assentiment à cette publication que l'éditeur, pressenti par lui, désirait vivement, mais la marée montante des occupations sans cesse augmentées a submergé ces intentions et rendu stérile ce qui aurait pu être si utile, et peu à peu arriva l'âge où le vieillard craint de faire usage de ce qu'il possède « timet uti », comme dit Horace (ad Pisones, 170 et suiv.).

Dans son cours théorique, Stoltz évoquait les grands maîtres de l'obstétricie dont les œuvres lui étaient parfaitement connues ; il disait, en peu de mots, quelle avait été l'œuvre maîtresse de chacun et ce qui lui avait mérité la reconnaissance de l'humanité.

Il avait à sa disposition un matériel considérable de pièces :

bassins normaux et déformés par le rachitisme, l'ostéomalacie et les affections articulaires ; colligés dans le service, des copies en carton-pierre d'altérations rares (bassin oblique ovalaire envoyé par le professeur Naegele) ; un grand nombre de pièces anatomiques colligées par lui et conservées dans l'alcool, matrices doubles dont j'ai dessiné le plus grand nombre ; des monstruosités observées dans le service, de plus une collection d'une centaine de forceps qui permettaient de suivre les modifications de ce précieux instrument. Tous ces trésors sont laissés à Strasbourg.

Le professeur Stoltz était de taille élevée ; sa physionomie avait quelque chose de sévère, même d'imposant ; mais il recevait bien les élèves qui s'adressaient à lui, prêt à leur rendre service, quand ses occupations le lui permettaient.

Il avait une grande bienveillance pour ceux qui travaillaient et qui lui demandaient de les guider dans le choix d'un sujet de thèse et il mettait alors volontiers à leur disposition les trésors de sa riche bibliothèque et parfois même ses observations. Les thèses inspirées par lui sont nombreuses et bien souvent ce sont elles qui furent couronnées par la Faculté.

Indépendamment des travaux que nous venons de passer en revue, Stoltz en fit paraître un grand nombre d'autres qui se trouvent dans la *Gazette médicale de Strasbourg* ; nous allons en faire brièvement l'exposé analytique.

La première de ces publications fut une « *Étude du polype du rectum chez les enfants* » (1841, février, p. 41 et 105). Il avait vu cette affection pour la première fois en 1835; il eut l'occasion d'en observer un deuxième et un troisième cas en 1840 et un nouveau cas en 1860 (même journal de cette année, p. 7).

Stoltz avait été appelé plusieurs fois pour faire la reposition d'une chute du rectum et était arrivé toujours trop tard ; en 1833, arrivé à temps, il put constater ce qu'il avait soupçonné depuis quelque temps : l'existence d'une tumeur rouge arrondie, couverte d'un mucus sanguinolent, ayant le

volume d'une noix, attachée à la muqueuse rectale au moyen d'un pédicule mince dont il fit la ligature et qui tomba au bout de quelques jours. Dans le second cas, il fit la section du pédicule mince, mais une petite hémorrhagie survint qui avait causé une lipothymie ; l'accident fut arrêté et l'enfant guérit vite. Au troisième cas, il appliqua une ligature comme au premier, la guérison fut rapide.

Des recherches bibliographiques faites avec un grand soin ne firent rien trouver dans les auteurs anciens français, mais quelques cas dans les auteurs allemands et anglais.

MM. Stoeber et Schützenberger, agrégés, signalèrent en même temps quelques cas, et d'autres furent encore trouvés dans la littérature. On constata aussi que la nature se débarrassait quelquefois elle-même de cette tumeur. Ces polypes, dit Stoltz, sont formés d'une portion de membrane muqueuse étranglée, boursouflée, devenue spongieuse (à cette époque on ne faisait pas encore d'analyses microscopiques).

Ayant eu occasion d'observer quatre nouveaux cas, Stoltz les publia en 1859, p. 156, et avec eux les discussions auxquelles les premiers cas avaient donné lieu à la Société de chirurgie, ou qui avaient été publiés dans les journaux de médecine ; il les continua en 1860 (*Gazette médicale de Strasboug*, p. 75) en répondant aux questions suivantes :

1° *Quelles sont les causes des polypes rectaux chez les enfants ?*

Le pincement de la muqueuse par les sphincters rend le mieux compte de l'origine de ces tumeurs.

2° *Quel est le point de départ de ces polypes dans l'intestin ?*

Le siège probable des excroissances polypeuses du rectum chez les enfants vient à l'appui de l'étiologie que j'ai admise.

3° *Quelle est leur nature et leur structure anatomique ?*

Un examen d'une des dernières tumeurs fait par M. Koeberlé appuie nos suppositions.

4° *Quelle est la manière la plus sûre de les opérer ?*

La ligature.

5° *Sont-ils sujets à récidiver chez les enfants ?*

Je n'en connais pas d'exemple.

Observation d'une anomalie de conformation du cœur chez enfant masculin, né à terme, vivant, à la Clinique le 10 novembre 1842 dans la matinée et qui mourut dans la matinée du 11, avec des signes d'anhématosie.

L'autopsie révéla un vice de conformation du cœur droit, un seul ventricule, cœur hypertrophié, oreillette gauché, rudimentaire.

1842 (p. 92). Stoltz fait l'*analyse critique du Traité pratique des accouchements*, par le professeur F.-J. Moreau.

La critique est aussi sévère que méritée; on se demande pourquoi l'auteur, « détourné des travaux de cabinet par d'autres travaux, s'est déterminé à publier ce traité, alors que depuis longtemps il avait formé le projet de ne pas écrire ».

L'atlas si bien dessiné par Beau n'a pas fait trouver grâce devant l'austère critique. Stoltz publia en 1842 (p. 209), et 1843 (p. 14), *trois nouvelles observations de provocation de l'accouchement* dans les cas de rétrécissement du bassin et fait connaître les opinions des accoucheurs français sur cette question et décrit les moyens nouveaux employés pour la provocation de l'accouchement.

On trouve (A. 1832, p. 8) une notice biographique sur le Dr G. Morel, de Colmar, ancien directeur de l'école des sages-femmes du Haut-Rhin (p. 253), l'analyse du Mémoire de Von Huevel sur la pelvimétrie, et 255, la description d'un nouveau céphalotome du même auteur.

(P. 321). *Remarques sur les différents modes de présentation et de position de fœtus dans l'accouchement et sur la valeur des expressions : accouchement naturel, accouchement contre nature, fondées sur les présentations.* Dans une note on lit : « Ce mémoire n'est qu'un fragment d'un travail « plus étendu sur le mécanisme de la parturition, travail

« rédigé il y a plus de quinze ans, et dont la substance est « chaque année communiquée dans mes leçons publiques. »

« Il est incontestable que l'idée qu'on attache aux mots « *accouchement naturel, accouchement contre-nature*, relativement à la présentation du fœtus ou à la position qu'af- « fecte la partie qui se présente a une grande influence sur « la pratique et décide l'accoucheur à rester observateur « tranquille des efforts de la nature ou à intervenir dans le « but de la redresser ou à terminer artificiellement une « œuvre qu'il croit ne pouvoir lui être confiée (1). »

Stoltz passe en revue les idées des auteurs (18 colonnes). Ce travail peut se résumer de la façon suivante (p. 397) : le corps fœtal de forme ovoïde se termine par l'extrémité céphalique ou l'extrémité podalique, la tête aussi forme un ovoïde dont les deux extrémités ont été distinguées par Mme Lachapelle, en crâne et face, les deux modes sont suivis d'accouchements se terminant par les forces de la nature (la normalité des accouchements par la face constatée d'abord par Portal au XVIIe siècle, fut confirmée par Boër).

Flamant a, le premier, enseigné que les extrémités inférieures ne forment que des appendices du tronc, le premier, il n'a admis que deux genres de présentations normales : celle par la tête et par le pelvis, considérant comme variétés les présentations des fesses, des genoux et des pieds.

Un troisième genre de présentations est celui de la partie moyenne du corps ou *du tronc*.

Dans un troisième article (1844, p. 203-217) Stoltz confirme les six propositions que nous avons citées sur les *variétés de présentation du fœtus* et il parle des *positions* de la partie qui se présente. Stoltz « entend par position la direction qu'elle affecte à l'entrée du bassin ».

Pour éviter toute confusion, nous avions dans nos cours théoriques et conférences, défini la position de la manière

(1) « J'ai été à même de constater un grand nombre de fois cette vérité « dans la pratique et dans tous les traités sur l'art des accouchements « publiés jusqu'à ces derniers temps. » (St.)

suivante : « La position exprime le rapport qui existe entre une partie fœtale déterminée et un des points du cercle pelvien » (présentation crânienne occipito-postérieure gauche) (1). Stoltz admet quatre positions dans toutes les présentations.

Stoltz ajoute (p. 217) : « Dans toute position quelle que « soit la partie qui se présente, celle-ci avance spontanément « sans qu'il soit nécessaire en général d'aider la nature par « une opération quelconque » (p. 217).

Tout le monde est d'accord pour considérer la présentation du tronc comme *contre-nature*, le mot pris dans le sens que lui a donné M. de la Motte, c'est-à-dire qu'il rend l'accouchement impossible par les seules forces de la mère, règle générale ; car il est des cas exceptionnels, mais, comme dit Denman, qui a le premier fait connaître cette ressource de l'organisme, cela ne dispense pas de la nécessité de changer la présentation du tronc en une des extrémités du corps autant de fois que cette opération peut être pratiquée sûrement et à l'avantage de la mère et de l'enfant. On trouvera peut-être que cette analyse du travail de Stoltz est longue, mais elle est importante par la clarté avec laquelle est tracée la conduite de l'accoucheur. *(A suivre.)*

SUR LE TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX

Par L. G. Richelot.

J'aurais un moyen simple de vous dire mon opinion sur le traitement des prolapsus génitaux, tout en vous épargnant la peine de m'écouter : ce serait de contresigner le rapport de Bouilly, en vous déclarant que je l'ai lu et que je l'approuve de tous points. Ici comme à Genève, au dernier Congrès de gynécologie, où nous avons traité dans le même esprit la question des suppurations pelviennes, il est difficile à deux chirurgiens d'être plus entièrement d'accord.

Tout au moins, cette conformité de sentiments facilite ma

---

(1) Herrgott.

tâche, car elle m'engage à être bref sur des points déjà mis en pleine lumière, et à souligner quelques détails.

L'origine du prolapsus doit être cherchée avant tout dans l'état diathésique de la femme. Les distensions produites par la grossesse et l'accouchement sont le prétexte, la cause déterminante ; mais elles n'agissent que chez les femmes prédisposées, et les prédisposées ont souvent leur prolapsus sans accouchement ni grossesse. Ce relâchement des tissus fibreux, des parois musculaires, cet effondrement du plancher périnéal, et d'autre part cette hyperplasie utérine, cette exubérance de son col, sont les résultats d'un trouble de nutrition qui domine tout et sans lequel les lésions mécaniques ne sont rien ; si bien que certaines femmes peuvent avoir des déchirures complètes du périnée et les porter longtemps sans que jamais leur paroi vaginale se déplace. Au contraire, des jeunes filles vierges, n'ayant subi ni distensions, ni déchirures, peuvent avoir leur utérus entre les jambes. Le premier cas de prolapsus que j'ai opéré le 15 juin 1884, était chez une jeune fille de 17 ans, et durait déjà depuis cinq années ; il me résista jusqu'en 1887, et si je mis trois ans pour en venir à bout, sans doute mon inexpérience en fut cause, mais aussi la nature particulière de cette enfant, dont les parois vaginales s'obstinaient à retomber toujours malgré les sutures et les cautérisations, et restaient souples malgré les cicatrices. Chez une autre, le début remontait à l'âge de 14 ans, avant qu'elle ne fût réglée ; je l'opérai à 16 ans et demi, le 5 mai 1892, pour un prolapsus total; il fallut pour la guérir trois colporrhaphies successives dans l'espace de deux mois. Les cas analogues ne sont pas très rares : j'ai opéré, le 5 mars 1889, une fille de 19 ans ; le 5 juillet 1894, une fille de 18 ans qui n'avait eu ni enfant, ni fausse-couche. Les prolapsus entre 23 et 30 ans sont assez nombreux dans ma statistique, et souvent sans aucun surmenage de la région périnéo-vaginale. Il y a des femmes ainsi faites ; elles ont une faculté de relâchement extraordinaire, et ces « dégénérées du tissu musculaire » dont vous

décrivez la surcharge graisseuse, les vergetures, la flaccidité ligamenteuse et pariétale, sont tout simplement des arthritiques. Car elles n'ont rien de mystérieux, elles sont déjà classées; pourquoi ne les appelez-vous pas par leur nom, comme si les chirurgiens avaient honte de savoir un mot de pathologie générale ? Le public, et même quelques médecins, les prennent pour des lymphatiques, parce qu'ils font de ce terme un synonyme banal de toutes les faiblesses, sans distinguer leurs causes et leurs variétés ; mais c'est de l'autre tempérament qu'il s'agit, c'est à l'arthritisme qu'appartient ce relâchement des tissus fibreux, c'est lui qui leur donne, non seulement la descente de l'utérus, mais les « ptoses » diverses, les hernies, l'abaissement du rein, les troubles de l'estomac, la neurasthénie. J'ai consulté récemment toutes mes notes, j'ai fait revenir les opérées que je n'avais pas vues depuis longtemps, afin de pouvoir vous en parler : elles se ressemblent toutes. Migraine, eczéma, douleurs articulaires, points névralgiques, varices, constipation, telles sont les petits maux qui survivent à la guérison de leur infirmité, qui leur donnent un air de famille et marquent leur tempérament.

Quant au mécanisme du prolapsus, il importe de savoir que c'est le vagin qui descend, et non l'utérus qui pousse ; c'est la paroi vaginale qui, manquant de soutien, fait saillie à la vulve élargie et béante, et se déroule de bas en haut. L'utérus vient à la suite, parce qu'il est faiblement suspendu ; mais s'il ne vient pas, s'il est fixé par des adhérences, la paroi vaginale trop longue, trop large et trop molle, ne s'en déroule pas moins à l'extérieur. Le poids de l'organe, même hypertrophié, ne joue aucun rôle ; après l'hystérectomie, le vagin se retourne encore. Je ne comprends pas du tout « la descente primitive de l'utérus avec intégrité du vagin et du périnée », même à titre exceptionnel, même dans les cas de « prolapsus aigu survenant chez des vierges et des multipares comme des hernies de force ». Chez mes malades les plus jeunes, y compris celle de 16 ans et demi, toujours la

descente a été progressive, par insuffisance du plancher périnéal ; seule, ma première opérée, celle de 17 ans, l'a eue brusquement, dans un effort pour soulever un fardeau, mais je n'admets pas que son utérus soit sorti comme un boulet de canon, à travers un conduit vaginal intact ; à coup sûr, cette propulsion était préparée, favorisée par la mollesse des tissus ; vulve et périnée, déjà entr'ouverts, ne demandaient qu'à se laisser vaincre par la pression abdominale ; en somme, le déroulement s'est fait comme à l'ordinaire, mais plus vite. Et de fait, je n'ai jamais vu le manque de tonicité, le trouble de nutrition plus accentué et plus rebelle que chez cette malade.

Pratiquement, nous diviserons les prolapsus génitaux en deux classes :

1° Prolapsus des parois vaginales, l'utérus restant caché. Cystocèle et rectocèle peuvent exister ensemble ou séparément.

2° Prolapsus utéro-vaginal, l'utérus faisant saillie à la vulve, ou même entièrement sorti avec un vagin retourné en doigt de gant. L'allongement hypertrophique du col est très ordinaire ; il peut y avoir des fibromes ou des lésions annexielles.

Ces préliminaires posés, je passe rapidement sur l'emploi des pessaires, un pis-aller qui rend quelques services ; sur le massage, bien prétentieux pour quelques améliorations obtenues ; et j'arrive d'emblée au traitement opératoire.

Je ne suis pas condamné, comme le rapporteur, à critiquer doucement et longuement une foule de méthodes que je me garde bien d'employer. Je puis donc m'attacher surtout à poser nettement les principes du traitement chirurgical, à montrer toute la valeur de l'*acte fondamental* qui répond à ces principes, à mettre à leur place et à bien définir les *actes complémentaires* qui lui viennent réellement en aide et méritent d'être conservés.

Les principes se résument en peu de mots : pour empêcher le déroulement des parois, il faut rétrécir le conduit et

relever la commissure ; en d'autres termes, enlever l'étoffe exubérante et refaire le corps périnéal. Toute méthode qui n'est pas fondée su r le rétrécissement vaginal, tout procédé qui laisse le tissu en excès et le périnée démoli, donnent des résultats précaires.

Voilà pourquoi le cloisonnement de Le Fort, qui nous a paru autrefois séduisant, et qui peut réussir à la condition d'aviver de larges surfaces et d'oblitérer le vagin, ne mérite pas, même à ce prix, beaucoup de confiance. J'ai vu la partie inférieure du conduit, toujours flasque et sans soutien, entraîner la cloison, qui sort tout entière, s'effile et s'atrophie comme si une force active exerçait des tractions pour la rompre.

Voilà aussi pourquoi les diverses méthodes de suspension du vagin et de l'utérus n'ont que peu de valeur quand on les emploie seules. Laissons de côté l'idée singulière qu'on a eue de soutenir le prolapsus par l'intermédiaire de la vessie ; ne parlons que des choses raisonnables, et disons que la fixation de l'utérus à l'abdomen, par ses ligaments ronds ou par son corps lui-même, n'est pas un traitement efficace de la chute vaginale. Surtout chez ces femmes relâchées, le péritoine pariétal ne demande qu'à glisser, l'adhérence utérine s'allonge en forme de bride, et l'abaissement se reproduit. J'ai enlevé un utérus que Delbet avait fixé pour corriger une rétroversion ; celle-ci n'existait plus, mais l'utérus était bas dans le vagin, et on le faisait sortir à volonté. J'ai dû couper une longue bride charnue qui le reliait à la paroi, et j'ai conclu de ce fait que l'hystéropexie est un remède contre la déviation, mais non contre la chute.

J'en dis autant, *à priori*, de la « trachélopexie ligamentaire » de Jacobs. Ouvrir l'abdomen, enlever le corps de l'utérus, faire de son col un moignon fermé et le fixer aux moignons des ligaments larges, c'est se donner bien de la peine pour attacher ce col à des liens peu solides, en laissant persister les vraies causes du prolapsus, laxité vaginale et insuffisance du périnée. Vous voulez bien faire en même

temps une périnéorrhaphie ? A la bonne heure ; mais, en faisant de la suspension l'essentiel, et de l'anaplastie l'accessoire, j'ai peur que vous ne mettiez la charrue avant les bœufs.

J'en dis autant de l'hystérectomie vaginale elle-même. J'ai cru un jour que le « prolapsus utérin » serait guéri par la suppression de l'utérus. Mais la première fois que je fis cette opération, chez une femme de 60 ans, le 25 juillet 1886, mon illusion ne fut pas de longue durée, car il survint quelque temps après, une chute secondaire des parois vaginales, qui fut guérie par le cloisonnement. J'attendis trois ans avant de recommencer ; puis j'observai en mars 1889, une femme qui avait un prolapsus récidivé après la colporrhaphie, et dont l'utérus était bourré de petits fibromes hémorrhagiques. Une seconde anáplastie n'aurait pas empêché l'évolution des tumeurs ; l'ablation des ovaires n'aurait pas remédié au prolapsus ; bref, l'hystérectomie vaginale me parut seule indiquée, mais elle ne fut pas triomphante, car la malade revint en 1890 avec un prolapsus des parois vaginales qui motiva une deuxième colporrhaphie, et depuis lors tout est resté en place.

J'avais fait l'hystérectomie à cause des fibromes. Pendant les trois années qui suivirent, je traitai mes prolapsus par la colporrhaphie. Mais, en novembre 1892, entra à Saint-Louis une femme de 33 ans qui avait subi l'anaplastie vaginale au mois de juillet de la même année. Je lui trouvai une chute presque totale, des annexes gauches tuméfiées, un hydrosalpinx très volumineux à droite. Ici encore j'enlevai l'utérus, à cause des lésions annexielles.

Le 4 février 1893, je fis pour la quatrième fois l'hystérectomie, chez une femme de 32 ans qui avait eu six couches et conservé cinq enfants ; il y avait une énorme hypertrophie sus-vaginale. Le 29 juillet 1893, c'est le relâchement extrême des parois et la procidence totale, sans grosses lésions utérines ou pelviennes, qui me firent douter de la colporrhaphie et me décidèrent à enlever l'utérus. Le

20 décembre 1893, chez une femme de 48 ans, le segment inférieur était vraiment gigantesque, avec deux lèvres informes et un orifice largement béant.

Total, six observations ; et quatre fois des lésions positives, grande hypertrophie utérine, fibromes hémorrhagiques, altérations bilatérales des annexes, avaient légitimé l'extirpation. Tel était mon bilan lorsque survint la discussion de la Société de chirurgie (décembre 1893), où Quénu soutint que la procidence utérine est justiciable de l'hystérectomie, sans le secours de l'anaplastie vaginale. Or, sur mes six malades, il y en a deux que j'ai perdues de vue, et j'ai constaté quatre récidives, pour lesquelles j'ai fait la colporrhaphie en 1894. J'avais donc raison de ne pas partager la confiance de Quénu.

Il est vrai qu'il nous proposait d'ajouter à l'ablation de l'utérus un procédé ingénieux de fixation vaginale. Après avoir fait l'hémostase par des ligatures à l'exclusion des pinces à demeure, il réunit sur la ligne médiane les deux ligaments larges pour former une sangle, il suture la plaie vaginale à cette sangle et replace le tout dans le petit bassin. Puis il compare les ligaments larges à des lambeaux autoplastiques, admet qu'ils doivent se rétracter vers leur base, c'est-à-dire vers l'enceinte pelvienne, et compte sur eux pour suspendre le vagin.

Malheureusement, les ligaments larges ne sont pas des lambeaux autoplastiques : ils sont flasques, obéissants, et se laissent attirer au dehors, par le vagin ou l'utérus, avec une docilité désespérante. J'ai pu donner la preuve que la fusion de la plaie vaginale et des ligaments s'établit d'elle-même sans suture, sans réunion immédiate, à la suite de l'hystérectomie et de l'application des pinces à demeure ; je l'ai constaté il y a longtemps (septembre 1886) chez une cancéreuse qui mourut à la fin du troisième jour. A l'autopsie, le péritoine était sain et complètement fermé par les deux ligaments qui, inclinés l'un vers l'autre et unis sur la ligne médiane, étaient d'ailleurs collés aux deux lèvres de

la plaie. Après guérison, ligaments et plaie eussent été solidement fusionnés ; et cela doit être la disposition normale de la cicatrice, au moins toutes les fois qu'un épanchement sanguin ou une suppuration septique ne viennent pas désunir les tissus. Or, il est d'expérience que, malgré la cicatrisation la plus régulière, les parois vaginales réduites après l'hystérectomie retombent quelques mois plus tard; donc, cette union intime avec les ligaments est insuffisante pour les soutenir et, comme toutes les autres, la fixation vaginale est illusoire.

Non, l'hystérectomie isolée n'est à aucun titre, à aucun degré, le traitement du prolapsus. Il faut, pour réussir, attaquer franchement la lésion et reconstituer dans sa forme primitive, autant que faire se peut, la région périnéo-vaginale. Le moyen, c'est d'enlever du tissu et de rétrécir, et l'opération qui atteint ce but, c'est la colporrhaphie. C'est elle qui est la base du traitement, c'est elle qui, seule ou secondée, nous donne couramment aujourd'hui des guérisons durable. Mais elle n'a pas réussi, parce qu'elle n'a pas toujours été bien faite, et c'est la méconnaissance de ses règles fondamentales qui a découragé beaucoup de chirurgiens et donné le jour à tant de procédés incomplets, stériles, par lesquels on s'est efforcé d'obtenir le rétrécissement du vagin : injections d'alcool dans l'épaisseur des parois, fils d'argent ou crins de Florence conduits sous la muqueuse et la plissant de façons diverses, etc. J'ai lu un jour la description d'un procédé de « vagino-fixation » que Péan avait employé chez une malade et qu'il vantait beaucoup; cela consistait à passer des anses de fil dans le tissu cellulaire, à droite et à gauche du vagin, pour y former des brides cicatricielles. Quelques mois plus tard, la malade entrait dans mon service avec une récidive complète, et je la guéris simplement par la colporrhaphie.

Le temps est passé de ces tâtonnements bizarres, de ces avivements en long et en travers, de ces combinaisons de lambeaux; mais la colporrhaphie ne leur est supérieure,

encore une fois, qu'à la condition d'être bien faite. Le seul procédé est celui d'Hégar ; il vaut par sa simplicité autant que par ses résultats ; on peut y introduire quelques variétés dans l'avivement et dans le mode de suture, mais au fond l'opération est toujours la même : « Surface d'avivement triangulaire aux dépens de la paroi postérieure que mon doigt sépare du rectum et décolle rapidement de bas en haut ; avivement elliptique sur la paroi antérieure ; série de points séparés (catgut profondément, crins de Florence à l'extérieur) que j'échelonne de haut en bas, l'aiguille prenant le tissu cellulaire prérectal pour bien ramasser les tissus ; mépris complet des procédés d'auteur, des étages, des surjets compliqués ; aucune recherche de la régularité mathématique ; avant tout, supprimer assez d'étoffe et rétrécir autant qu'il le faut », tels sont les termes dont je me suis servi dans notre discussion de la Société de chirurgie (décembre 1893). Il me suffira d'y ajouter quelques mots.

L'avivement postérieur est une véritable résection comprenant toute l'épaisseur de la paroi vaginale; ceux qui enlèvent superficiellement la muqueuse à petits coups de bistouri et froncent la paroi sans retrancher d'étoffe, laissent au vagin toute son ampleur et lui permettent de se relâcher bientôt. Le sommet de l'avivement triangulaire est placé très haut, près du col, et ses branches divergentes doivent s'écarter largement vers les parties latérales. Peu importe que l'espace cruenté ne soit pas d'une régularité parfaite ; peu importe que les lèvres de la plaie se retournent un peu et ne s'affrontent pas avec précision ; la réunion immédiate ne manque jamais. Mais ce qui importe au plus haut degré, c'est que la quantité de paroi vaginale réséquée soit suffisante, c'est-à-dire qu'elle paraisse au premier abord excessive, et cela même chez les femmes dont le vagin n'a pas dit son dernier mot ; c'est aussi que l'aiguille charge tous les tissus à droite, à gauche et au devant du rectum, pour en faire une masse épaisse, un corps périnéal nouveau. Il faut que la paroi vaginale postérieure, à mesure que les

points de suture la reconstituent, monte au devant de la paroi antérieure; que les derniers points aient quelque peine à rapprocher les bords de l'avivement, et ne puissent le faire qu'en relevant très haut la commissure. Je crois, avec Bouilly, que « malgré sa banalité apparente, l'opération est mal connue et mal exécutée dans un grand nombre de cas, et qu'on fait peser sur elle des échecs qui doivent être imputés à l'opérateur » ; je crois que le succès dépend du soin qu'on met à retrancher la paroi exubérante et à ramasser les tissus pour en faire « une cloison recto-vaginale condensée et tonique ».

Les faits qui m'ont démontré la validité de ces principes, sans être fort nombreux, suffisent pour émettre un jugement. Si je mets à part les cas de périnéorrhaphie pour déchirure du périnée, qui n'ont pas de rapport avec la question présente, je trouve dans mes notes 77 femmes affectées de prolapsus génital, ayant subi 96 opérations. Si je retranche 5 cloisonnements, 5 hystéropexies et 10 hystérectomies vaginales, en tout 20 opérations, il me reste 76 colporrhaphies, seules ou combinées avec l'amputation du col, sur lesquelles je compte environ 10 récidives. Je dis environ, parce qu'il y a quelques malades dont je ne puis parler avec certitude; elles sont d'ailleurs peu nombreuses, car j'ai fait depuis un mois une recherche active de toutes celles que je n'avais pas revues depuis longtemps, et presque toutes ont répondu à mon appel. En somme, il y en a très peu dont je n'aie pas de nouvelles toutes récentes ou que je n'aie pas suivies, après l'intervention, un temps suffisant pour avoir sur leur compte une opinion ferme; et j'ai tout lieu de croire que la plupart seraient revenues si elles avaient récidivé, car mes malades savent en général que leur retour est bien accueilli. Je puis donc donner le chiffre de 13 p. 100 comme exprimant avec une assez grande exactitude la proportion des récidives que j'ai observées.

Je me hâte d'ajouter que, sauf une malade récente qui est tout à recommencer, et une autre plus ancienne dont la

cystocèle fait saillie au dehors sans être bien gênante, toutes ces récidives ont été guéries par une intervention nouvelle : deux fois par le cloisonnement (cas ancien), six fois par une colporrhaphie secondaire. Il est bien intéressant de savoir que la récidive est un échec temporaire, qu'en revenant à la charge on obtient un résultat définitif, et que les cas vraiment incurables sont devenus tout à fait exceptionnels.

Les malades que je revois ont un périnée de plusieurs centimètres, une commissure élevée, une paroi postérieure concave et résistante. Chez plusieurs, la paroi vésico-vaginale est un peu saillante, l'utérus abaissé, mais rien ne sort. Elles vont et viennent, et travaillent sans fatigue. Ce qu'elles ont encore, et à cela nous ne pouvons rien, c'est l'arthritisme avec ses maux petits et grands,

Ces résultats, la colporrhaphie permet de les obtenir dans des cas en apparence désespérés. Nulle observation à cet égard, n'est plus démonstrative que celle de ma première opérée. Le prolapsus, comme je l'ai dit, était survenu à l'âge de 12 ans ; lorsque je la vis, cinq ans plus tard, elle portait son utérus entre les jambes, et quand il devenait trop douloureux, se mettait dans un bain et arrivait à le réduire. Il fallut d'abord la garder au lit plusieurs jours, laver sa paroi vaginale entièrement sèche et dure comme la peau ; un jour l'utérus fut réduit, non sans peine, puis des injections boriquées assouplirent la muqueuse et entraînèrent des masses d'épithélium en desquamation. La région ainsi préparée, je me demandai ce que j'allais faire. J'ignorais la colporrhaphie, je me figurais que le cloisonnement de Le Fort était plus efficace pour un cas si grave, et, bien qu'il s'agit d'une jeune fille, je m'y décidai, parce que j'avais entendu dire à Le Fort qu'à droite ou à gauche de la cloison il devait se faire un passage pour le coït et pour l'accouchement. L'opération fut faite le 15 juin 1884 ; le 1er juillet, les parois vaginales tenaient bien ensemble, mais, quand la jeune fille était debout, leur partie inférieure, au-dessous de

la réunion, descendait et franchissait la vulve. Alors commença une lutte homérique, où l'énergie de mes efforts, toujours vains, n'eut d'égal que la patience de la jeune malade. Je prolongeai d'abord l'avivement, de manière à souder les parois jusqu'en bas ; deux mois plus tard, elles se déroulaient encore. J'enlevai, sur la rectocèle, un lambeau elliptique pour la rétrécir; quand la malade se remit à marcher, nouveau relâchement et nouvelle saillie. Quelque temps après, au lieu de gagner du terrain, j'en avais perdu, car la cloison amincie, effilée, était réduite à un pont sans résistance et laissait retomber les parois. Ceci me conduisit à une épisiorrhaphie dans laquelle j'avivai la face interne des grandes lèvres et une large étendue de la rectocèle, pour unir et froncer tout ensemble, ce qui me donna une commissure très élevée, une vulve étroite, un résultat immédiat, parfait. Je crus alors au succès définitif : la vulve était petite, de dimensions normales, le vagin trop court à cause de la cloison, mais le doigt prenait facilement un des chemins latéraux, et tout espoir de fonctionnement régulier n'était pas perdu. Pendant deux mois je conservai mes illusions, mais au bout de ce temps l'effondrement périnéal s'était reproduit. Je fis encore à deux reprises la colpo-épisiorrhaphie, sur des tissus qui, malmenés et couturés de la sorte, semblaient me narguer en reprenant toujours une souplesse désespérante; je touchai certains points de la muqueuse au caustique Filhos, je fis encore des sutures... puis un jour la cloison elle-même disparut et l'utérus tomba entre les jambes; au bout d'une année, nous étions revenus au point de départ. Alors, pendant deux ans, la jeune fille soutint son utérus avec des serviettes. Je ne la revis plus qu'en 1887 ; le 5 mars, sans toucher à l'utérus qui n'était pas énorme, je lui fis une colpo-périnéorrhaphie qui me donna d'emblée un excellent résultat, et au mois de mai suivant la colporrhaphie antérieure pour un faible degré de cystocèle. Que de temps j'avais perdu en vaines tentatives et en opérations mal conçues ! Cette fois, la guérison était acquise

à peu de frais; il restait une vulve légèrement béante, une paroi antérieure un peu basse; la jeune fille se maria, eut un enfant et resta guérie. Je l'ai revue l'année dernière en parfait état.

Nous connaissons maintenant toute la valeur de l'« acte fondamental »; ce n'est pas une raison pour négliger les « actes complémentaires », qui peuvent être à leur tour une condition *sine qua non* de la réussite. Et je ne parle pas du curage et de l'opération de Schrœder, souvent exigés par la métrite; on les fait ici par la même occasion, et non comme une manœuvre auxiliaire de l'anaplastie. Je parle de l'amputation sus-vaginale, appliquée à l'hypertrophie souvent énorme du segment inférieur. Comme cette augmentation de volume est un élément très ordinaire de la maladie, l'amputation du col est un côté essentiel de la réparation. L'utérus, quelquefois gigantesque et refoulé avec peine, est encombrant, gênerait la suture et appuierait sur les fils; la résection donne de la place, favorise la réunion, amène l'atrophie du corps. Si bien que dans presque tous les cas de prolapsus avancés, difficiles, cette intervention sur l'utérus anormal, combinée avec l'anaplastie vaginale bien exécutée, représente l'opération-type et donne des résultats que n'ont jamais dépassés, ou même atteints, les procédés complexes dont le nombre et l'ingéniosité nous fatiguent.

Je n'ai pas dit qu'il fallait toujours amputer le col, même dans les cas légers où l'utérus est petit, caché, où les parois seules font saillie en dehors. J'ai cependant lu, sans le comprendre, un auteur qui paraît croire fermement que « l'amputation systématique du col, même sain, est nécessaire dans tous les cas, pour rendre la tonicité aux ligaments larges et utéro-sacrés ».

Je n'ai pas dit non plus qu'en dehors de cette combinaison utile et suffisante, amputation sus-vaginale et colporrhaphie, il fallait tout condamner. Les fixations diverses ne valent rien sans l'anaplastie, c'est bien entendu; mais à titre auxiliaire elles peuvent rendre service, et la plus sérieuse

est l'hystéropexie. J'en ai fait quelques-unes, je n'en vois plus guère l'utilité, c'est tout ce que je puis dire.

Et l'hystérectomie, a-t-elle sa place au nombre des moyens auxiliaires ? Assurément, mais il faut bien s'entendre. Il est évident, et je l'ai vu clairement dans notre discussion précipitée, qu'elle a séduit les chirurgiens qui s'étaient habitués à la faire pour d'autres affections ; ils ont cru voir en elle une solution commode et radicale des difficultés que nous donne le prolapsus, et sans la résistance de deux ou trois d'entre nous, qui cependant comptent parmi ses chauds partisans, quelques-uns peut-être allaient se lancer et la vanter à l'excès. Aujourd'hui, la question doit être ainsi posée : vaut-il mieux, pour aider au succès de la colporrhaphie, enlever l'organe tout entier que d'enlever son segment inférieur ? Je n'hésite pas à répondre que, dans la grande majorité des cas, l'amputation partielle arrive exactement au même but.

Cependant, si le volume excessif de l'utérus, l'exubérance et la laxité extrême du vagin font que les organes, quand on les réduit, sont immédiatement rejetés au dehors et semblent « avoir perdu droit de domicile », alors l'ablation totale peut faciliter la réduction et l'anaplastie. J'ai suivi cette indication et je l'admets, pourvu qu'on en abuse pas.

Je veux même que, dans un cas douteux, un opérateur exercé à l'hystérectomie la trouve aussi bénigne et aussi expéditive qu'une amputation élevée du col avec ligature attentive des artères qui saignent à la base du ligament large et suture circulaire de la plaie vaginale au moignon. A coup sûr, enlever l'utérus quand on l'a ainsi dans la main n'est pas une opération difficile, malgré le soin qu'il faut apporter au décollement de la vessie ; j'ai peine à comprendre qu'on ait invoqué la difficulté de l'hémostase, et que les relevés signalent jusqu'à dix pour cent de mortalité. Par qui donc ces opérations ont-elles été faites ? Quoi qu'il en soit, il faudra encore, tout le monde en convient, faire

attention à l'âge des malades, et n'opérer que les femmes dont l'utérus est devenu un meuble inutile.

En somme, à part les cas de volume excessif, l'hystérectomie n'a pas toute l'importance qu'on a voulu lui attribuer comme auxiliaire de la colporrhaphie. Elle ne devient nécessaire que dans les cas de fibromes, de cancer ou de maladies annexielles; mais alors il s'agit de complications créant des indications nouvelles. On enlève l'utérus parce qu'il est malade, et non pour guérir la procidence.

Aussi, quand l'utérus est enlevé, faut-il bien se rappeler qu'on n'a encore rien fait contre la chute. Et, comme il est sage de ne pas obliger la malade à subir deux opérations à quelques mois d'intervalle, il faut choisir un procédé d'hystérectomie qui permette de tout faire en une séance, c'est-à-dire assurer l'hémostase par des ligatures à l'exclusion des pinces afin d'avoir le champ libre, fermer la plaie vaginale et procéder ensuite à la colporrhaphie. Dans ces trois dernières années, j'ai fait encore une fois l'hystérectomie toute seule, et j'ai perdu de vue la malade; mais trois fois je l'ai combinée avec une colporrhaphie immédiate. Un cas de relâchement excessif, deux cas de fibromes; mais ils datent de quelques mois à peine, il faut attendre avant de pouvoir les juger.

Conclusions. — Si le prolapsus vaginal est simple, si l'utérus est petit, si l'exubérance et la flaccidité des parois ne sont pas extrêmes, la colporrhaphie bien faite est le traitement par excellence. Elle donne une grande majorité de guérisons durables et quelques récidives. Celles-ci guérissent à leur tour par une seconde anaplastie.

Dans les cas très nombreux où le segment inférieur de l'utérus est hypertrophié, l'amputation élevée du col doit précéder la colporrhaphie. Cette combinaison réalise l'opération de choix contre les prolapsus avancés, difficiles, quand l'utérus est volumineux, saillant ou complètement sorti.

La colporrhaphie doit être une large résection du vagin, qui enlève le tissu en excès, rétrécisse fortement le conduit et restaure le plancher périnéal. Toute méthode qui n'est pas fondée sur l'anaplastie vaginale ainsi comprise, est frappée de stérilité.

La fixation du vagin ou de l'utérus, employée seule, n'a pas de valeur. Comme auxiliaire de la colporrhaphie, elle peut être bonne, mais elle n'a qu'un intérêt secondaire.

L'hystérectomie isolée n'est pas un traitement du prolapsus. Elle peut remplacer l'amputation du col si l'hypertrophie utérine est énorme et le relâchement des tissus excessif. Elle est formellement indiquée si l'utérus est fibromateux, cancéreux ou flanqué de lésions des annexes. Dans tous les cas, l'anaplastie reste la base du traitement, et l'hystérectomie n'est qu'une opération préliminaire ; aussi doit-on laisser de côté les pinces à demeure et la faire suivre d'une colporrhaphie immédiate.

DE L'ABLATION ABDOMINALE DES ANNEXES SANS LIGATURE PRÉALABLE

Par **Pierre Delbet**,
Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Jamais il n'y a eu plus de désaccord sur le traitement des lésions inflammatoires des annexes, car les divergences sont bien plus profondes dans la pratique que dans les écrits. On a pu voir au Congrès de Genève que beaucoup de chirurgiens admettent que la laparotomie est indiquée dans certains cas, et l'hystérectomie dans d'autres. Mais si des principes on passe aux faits, on constate qu'avec des formules, sinon identiques, du moins très voisines, sur 100 cas de salpingite, tel chirurgien fait 98 laparotomies et tel autre 98 hystérectomies. Il y a donc des hystérectomistes et des aparotomistes. Je suis de ces derniers, laparotomiste convaincu.

J'ai fait publier récemment ma statistique de laparotomies pour lésions des annexes par mon élève et ami le Dr H. Chavin (1). Cette statistique comprend tous les cas que j'ai opérés jusqu'au 2 mars de cette année. Je tiens à dire que si j'ai souvent refusé d'intervenir parce que les lésions ne me paraissaient pas suffisantes pour justifier une intervention, je n'ai jamais refusé d'opérer sous prétexte que les lésions étaient trop étendues ou trop graves, et j'ai toujours fait la laparotomie sauf dans un cas où, sur la demande expresse de la malade, j'ai pratiqué l'hystérectomie. Les lésions étaient d'ailleurs peu graves dans ce cas et le résultat a été excellent. La statistique publiée est donc intégrale à tous les points de vue et comme elle comprend 135 cas, elle peut renseigner sur la valeur de la laparotomie appliquée au traitement des lésions des annexes.

Ma mortalité brute est de 3,7 p. 100. Les morts se répartissent de telle façon qu'elles donnent une proportion de 7,2 p. 100 pour les lésions suppurées et de 1,2 p. 100 pour les lésions non suppurées. Dans tous les cas, l'ablation des annexes a été complètement faite.

Je ne veux pas insister sur cette statistique, puisqu'elle a déjà été publiée. Je tiens cependant à rappeler que sur neuf malades, chez qui il m'a été possible de conserver les annexes d'un côté, deux ont eu des enfants. L'une d'elles est particulièrement intéressante. Elle avait une énorme salpingite purulente du côté gauche. Avant l'intervention, elle m'avait demandé de faire tout ce qui serait possible pour lui permettre d'avoir des enfants. Après avoir enlevé la trompe gauche, je constatai que la droite était oblitérée au niveau de son pavillon, mais non distendue. Je rouvris le pavillon par une incision longitudinale, puis, après avoir lavé la trompe et constaté par le cathétérisme qu'elle ne présentait pas d'autre oblitération jusqu'à l'utérus, je suturai la muqueuse de la trompe au péritoine pour assurer la béance de l'orifice de

(1) Chavin. Thèse de Paris, 22 avril 1896.

nouvelle formation, et je fixai ce nouveau pavillon sur l'ovaire. Le résultat de cette salpingostomie a été parfait, puisque la malade est devenue enceinte et qu'elle a accouché à terme d'un enfant vivant.

Jusqu'ici, on s'est battu à coups de statistiques. Les résultats de cette bataille n'ont pas été défavorables à la laparotomie, bien au contraire. Les deux statistiques intégrales publiées en France, celle de mon ami Hartmann et la mienne, dont les résultats sont presque identiques, le prouvent. Mais il y a mieux à faire : c'est de perfectionner la technique opératoire et d'améliorer ainsi les résultats. J'ai porté mes efforts de ce côté depuis quelques mois.

Le point sombre de tous les traitements des salpingo-ovarites, c'est qu'il y a des cas où les douleurs persistent après l'opération. Ces cas sont rares ; il est même tout à fait exceptionnel que les douleurs qui persistent soient vives, mais enfin, il y a des malades qui « continneut à sentir leur ventre » et c'est encore trop.

A quoi sont dues ces douleurs? A l'utérus, disent les partisans de l'hystérectomie. C'est facile à dire, mais pas à démontrer. L'utérus n'est pas un organe qui soit pathologiquement très sensible. Nous voyons à chaque instant des malades atteintes uniquement d'horribles métrites, qui se plaignent uniquement de pertes, et qui ne souffrent pas tant que l'utérus malade est en bonne position et que les annexes sont indemnes. D'ailleurs, on voit aussi des malades qui continuent à souffrir après l'ablation de l'utérus. Les douleurs ont d'autres causes.

On dit des malades qui souffrent que ce sont des nerveuses. Il y a du vrai dans cette explication, mais elle est un peu trop commode. Sans doute, il y a des névropathes qui souffrent sans qu'on sache bien pourquoi. Peut-être certaines malades ont-elles des névrites qui continuent à évoluer après l'intervention. Mais aussi, il faut bien dire que les malades qui souffrent après l'hystérectomie sont souvent celles chez qui l'ablation des annexes a été incomplète.

Je crois que les douleurs qui persistent après la laparotomie peuvent être attribuées aux causes suivantes :

1° Striction et tiraillement des pédicules par les ligatures en masse.

2° Infection légère des fils, pas assez violente pour amener des accidents graves, mais suffisante pour déterminer la formation d'exsudats.

3° Persistance de la portion interne de la trompe. Quand on fait la ligature du ligament large en masse, on laisse toujours un petit moignon de trompe quelque soin qu'on y mette, et même si on multiplie les ligatures enchaînées.

4° Adhérences des pédicules avec l'intestin ou la vessie.

5° Vices de position de l'utérus.

Toutes ces causes de douleurs peuvent-elles être évitées? Je le crois.

Il me paraît évident que la manière dont on pratique les laparotomies pour salpingite est encore empreinte de la terreur qu'inspiraient autrefois les séreuses. Pourquoi faire avec des fils énormes des ligatures en masse qui tiraillent le péritoine et les organes voisins? L'hémorrhagie est-elle donc si redoutable? On ne coupe que quelques veines et deux artères, l'utéro-ovarienne et la partie terminale de l'utérine, deux artères dont la plus grosse n'a pas le volume de la moitié d'une radiale. Pourquoi ne pas procéder là comme on le fait partout ailleurs : disséquer, sectionner, pincer et lier les vaisseaux. C'est ce que je fais depuis quelques mois.

Après certains tâtonnements transitoires dont le récit serait complètement dépourvu d'intérêt, je suis arrivé à la technique que voici :

J'emploie toujours le plan incliné sans lequel l'opération que je vais décrire serait à peu près impossible.

Les annexes étant libérées de leurs adhérences et attirées hors du ventre comme d'habitude, je procède de deux façons différentes suivant les cas. Quand les annexes se sont bien libérées sans se rompre, quand j'ai lieu de croire que mes

mains sont restées bien aseptiques, quand il n'existe aucune surface septique qu'on soit exposé à toucher, je passe un fil simple avec une aiguille mousse au travers du ligament large près de son bord externe, de manière à lier d'un seul coup le pédicule utéro-ovarien. Puis je sectionne le reste du ligament large sans faire de ligature préalable, comme je le dirai tout à l'heure.

Quand, au contraire, j'ai dû crever des kystes séreux compris entre des adhérences péritonéales, quand les trompes se sont rompues, quand j'ai eu les mains souillées par leur contenu, quand le fil est exposé à toucher les annexes elles-mêmes septiques, je ne fais aucune ligature préalable et je sectionne d'emblée le ligament large avec des ciseaux.

Je commence par le côté externe, et mon aide place des pinces sur les vaisseaux à mesure qu'ils sont sectionnés. L'artère utéro-ovarienne ne donne presque jamais du côté du pédicule. Le jet de sang se produit au contraire sur la tranche de la partie à enlever, ce qui indique que la circulation se fait de l'artère utérine vers l'artère utéro-ovarienne. Ce fait constant montre que l'utérine est la véritable artère des annexes et de l'utérus à l'état de vacuité. L'utéro-ovarienne n'est importante que pour la gestation. Bien que cette artère ne donne pas d'ordinaire dans les salpingectomies, je la pince, et je place une seconde pince sur les grosses veines béantes qu'on voit à côté d'elle.

Je creuse ensuite la ligne de section pour être bien sûr d'enlever la totalité de l'ovaire, pour ne pas tomber dans le bulbe de cet organe et pour éviter de couper plusieurs fois les mêmes vaisseaux. En procédant ainsi, on ne rencontre généralement aucun vaisseau dans la partie moyenne du ligament large. Puis je relève la ligne de section en me rapprochant de la trompe, je respecte le ligament rond, très précieux pour bien faire le surjet qui terminera l'opération, et en arrivant près de l'angle de l'utérus, je coupe l'utérine dont le jet est fort. Cette artère étant peu adhérente est très facile à pincer. Elle est quelquefois divisée en deux branches

qu'on pince séparément. Enfin, je termine en sectionnant la trompe, je pourrais presque dire la corne utérine. Deux fois même, j'ai dû évider cette corne en coin parce que la portion intra-utérine de la trompe était dilatée et contenait un magma caséeux. Les annexes ainsi enlevées et tous les vaisseaux pincés, il y en a en général quatre ou cinq, je me lave les mains, si j'ai lieu de croire qu'elles ont été septicisées; je nettoie soigneusement toutes les parties qui ont pu être souillées, je cautérise l'orifice interne de la trompe et je fais les ligatures.

Il reste alors une plaie longitudinale étroite qui va de la corne utérine au détroit supérieur : je la ferme par un surjet. En dedans, le ligament rond est très utile pour recouvrir la partie interne de la plaie. Chaque point de ce surjet est passé à la manière de Lembert pour obtenir un bon affrontement séro-séreux, de telle sorte qu'il ne reste aucune surface cruentée et que toutes les ligatures soient enfouies sous le péritoine.

Ce procédé d'extirpation des annexes remplit presque tous les desiderata que je signalais en commençant.

1° Il permet d'enlever la totalité de la trompe sans laisser le moindre moignon. C'est là un point très important.

2° Il supprime les tiraillements produits par les ligatures en masse. Aussi les douleurs post-opératoires sont-elles à peu près nulles.

3° Il supprime une cause réelle d'infection des fils, le contact avec les mains septiques ou avec la trompe rompue. Or, l'infection des fils peut être une source d'accidents graves ou du moins, dans les formes atténuées, de douleurs persistantes.

4° Il supprime toute surface cruentée et diminue d'autant les chances de formation d'adhérences. Après la ligature en masse, il reste un pédicule souvent assez gros, quelquefois très volumineux, dont la surface cruentée est toute disposée à contracter des adhérences.

Les annexes enlevées, il ne reste plus qu'à parer à la posi-

tion vicieuse de l'utérus. Pour cela, je fais une hystéropexie abdominale antérieure. Cette hystéropexie, je la faisais systématiquement dans tous les cas de salpingectomie, bien avant d'avoir adopté ma technique actuelle, ainsi qu'on peut le voir dans la thèse de Chavin. Je l'ai donc pratiquée un assez grand nombre de fois et elle n'a jamais entraîné le moindre inconvénient.

Il me reste à ajouter quelques points qui ne sont pas de pratique courante, mais présentent au contraire un caractère exceptionnel.

Sur les 96 opérées que nous avons pu revoir, Chavin et moi, deux présentaient des éventrations. Ces deux malades avaient été drainées à la gaze iodoformée par la plaie abdominale et, dans les deux cas, l'éventration était limitée à la place occupée par le drainage. Ces deux faits m'ayant convaincu que le drainage abdominal expose à l'éventration, je l'ai abandonné pour le drainage vaginal. Voici comment je le pratique : un aide introduit par le vagin un gros clamp courbe dont la pointe vient soulever le cul-de-sac postérieur. D'un coup de bistouri, je fais une simple boutonnière qui laisse passer le clamp fermé. Celui-ci est introduit dans le péritoine, puis grandement ouvert de manière à transformer la petite boutonnière en un vaste orifice transversal. On évite ainsi l'hémorrhagie qui ne manque guère de se produire quand on incise largement le cul-de-sac postérieur. Le clamp saisit la mèche de gaze iodoformée introduite par l'abdomen et l'entraîne dans le vagin.

Enfin, j'ajoute que j'ai été quelquefois conduit, comme Delagénière, à terminer l'ablation des annexes par celles de l'utérus. Je fais alors l'hystérectomie abdominale totale comme pour les fibromes. J'ai même eu recours deux fois à un artifice assez singulier qui pourra peut-être rendre des services dans des cas exceptionnels. L'utérus enlevé, toute la partie postérieure du bassin était couverte de débris d'adhérences filamenteuses, saignantes et souillées par le pus des trompes. J'ai imaginé, pour séparer de la grande

cavité péritonéale toutes ces surfaces dangereuses, de cloisonner le bassin au niveau du détroit supérieur. Pour cela, j'ai pris le lambeau péritonéal antérieur, formé par la face antérieure des deux ligaments larges et par le péritoine qui recouvrait le col, et au lieu de le suturer au lambeau postérieur correspondant, je l'ai attiré fortement en arrière et suturé au péritoine en suivant le contour du détroit supérieur. Cette ligne de suture rencontre naturellement l'origine du rectum. En ce point, le lambeau péritonéal est suturé à ce viscère lui-même. Il est à peine besoin de dire que les points de suture ne doivent prendre que la séreuse et la musculeuse sans perforer la muqueuse. Grâce à cet artifice, se trouve formée une sorte de cloison qui sépare complètement le petit bassin du péritoine. Les indications de cette manière de faire sont évidemment très exceptionnelles. C'est une ressource suprême dans les cas d'une extrême gravité. Des deux malades chez qui je l'ai employée, l'une a succombé, l'autre a très bien guéri, et le cloisonnement n'a déterminé aucune espèce de troubles ni du côté de la vessie, ni du côté du rectum.

Laissant de côté ces faits exceptionnels, je reviens à l'ablation des annexes sans ligature préalable. Je ne pratique pas cette opération depuis assez longtemps pour pouvoir en donner les résultats éloignés. Mais pour ce qui est des résultats prochains, elle a justifié les espérances que j'avais fondées sur elle. Les douleurs post-opératoires, qui sont d'ailleurs bien moindres après la laparotomie qu'après l'hystérectomie, sont presque complètement supprimées par cette nouvelle technique.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (PARIS, OCTOBRE 1896)

Traitement des prolapsus génitaux.

G. Bouilly (de Paris), *rapporteur*. — I. — Il n'est pas possible de s'occuper avec fruit du traitement des prolapsus génitaux sans rappeler en quelques mots les conditions qui président au développement de ces prolapsus et les lésions qui les constituent.

Si l'on met de côté les cas exceptionnels de prolapsus *aigu* qui se produisent comme des hernies de force chez des vierges ou chez des nullipares, les prolapsus génitaux reconnaissent comme condition indispensable de leur production un état particulier des tissus du périnée, du vagin, de l'utérus et de ses ligaments, consécutif, à échéance plus ou moins longue, à la grossesse et à l'accouchement. Les lésions de ces diverses parties se combinent le plus souvent, de telle sorte que dans un prolapsus ancien et constitué, il est impossible de ne pas reconnaître que pour être efficace, le traitement doit s'adresser à des éléments multiples et remplir plusieurs indications. Cet état particulier des tissus représente dans l'ensemble une diminution de résistance des parties qui doivent maintenir en situation normale les parois du vagin et l'utérus sus-jacent, et lutter contre la pression intra-abdominale. Il est créé au début par des lésions de violence qui déchirent, distendent, affaiblissent les moyens d'union et constituent la cause initiale ; mais il est entretenu et aggravé par des troubles de la vitalité des parties s'ajoutant aux lésions mécaniques et leur permettant de remplir leur rôle néfaste.

Il est donc nécessaire de distinguer dans les causes des prolapsus : 1° les lésions mécaniques de déchirure, de distension; 2° les troubles de nutrition des tissus. Ces derniers peuvent prendre une telle importance qu'ils arrivent parfois à dominer la pathogénie et à devenir la source d'indications spéciales et la cause d'échecs opératoires. Ces troubles peuvent débuter peu de temps après l'accouchement et porter à la fois non seulement sur le tissu de l'utérus et ses ligaments, mais aussi sur les parois vaginales qui subissent une mauvaise involution. Celles-ci

restent trop grandes, trop flasques, comme privées d'adhérence et de rapports avec les parties voisines; dépourvues de force et de tonicité, elles se laissent repousser, et pour ainsi dire dérouler de dedans en dehors sous la poussée constante de la pression abdominale. L'utérus, soit primitivement, soit secondairement, prend part à ce travail, caractérisé à la fois par un manque d'involution et par une hyperplasie chronique augmentant le volume et le poids de l'organe. Les lèvres du col s'hypertrophient, le col lui-même augmente de longueur, surtout dans sa partie sus-vaginale, quelquefois dans sa portion sous-vaginale. A mesure qu'il descend, le plus souvent il s'allonge et avec le temps se trouve constitué un état complexe dans lequel toutes les parties trop volumineuses, trop lourdes et mal soutenues, se portent de plus en plus bas et en dehors pour constituer le prolapsus à ses divers degrés. Plus haut, les ligaments de l'utérus sont distendus, et, dans la profondeur, le tissu cellulaire pelvien, véritable ciment entre les parois vaginales, l'utérus et les parties voisines, est comme atrophié et sans cohésion.

Ce travail ne se produit jamais avec plus d'intensité et de précocité que lorsqu'il est préparé par les lésions traumatiques du périnée, du vagin et de l'utérus. La déchirure ouverte ou sous-muqueuse du corps périnéal, l'agrandissement de la fente vulgo-vaginale, la déchirure du col utérin sont les éléments primordiaux de la descente des organes, et de leurs troubles de nutrition. Mais je m'empresse d'ajouter qu'ils ne représentent pas tous les éléments de la pathogénie du prolapsus. Dans des cas de chute complète des parois vaginales, le périnée est flasque et relâché sans être forcément déchiré. En revanche, la déchirure complète du périnée, y compris le sphincter de l'anus, c'est-à-dire l'agrandissement porté à son maximum de la fente vulgo-vaginale, peut ne pas s'accompagner de prolapsus vaginal ni utérin et persister des années entières sans qu'il se produise de descente des organes.

Il est donc nécessaire de reconnaître que les phénomènes mécaniques ne sont pas tout dans la pathogénie du prolapsus et que le plus souvent ils doivent se compliquer d'un état spécial de nutrition des tissus les prédisposant au relâchement et à la descente. En général, ces femmes prolabées présentent en même temps une surcharge graisseuse de l'abdomen ou au contraire

une véritable atrophie des parois abdominales avec nombreux plis à la peau, vergetures profondes, éventration, flaccidité des parois que l'on plisse entre les doigts comme un mauvais tissu, mollesse des masses musculaires des membres et en particulier de la face interne des cuisses. Il s'agit de véritables dégénérées du tissu musculaire, de vraies dystrophiques, dont toutes les sangles sont flasques, relâchées, et incapables de s'opposer à la descente des organes qu'elles devaient maintenir. Leur corps périnéal est mou et flasque, réduit, pour ainsi dire, à l'adossement des muqueuses vaginale et rectale.

Mon collègue Tuffier, dans une excellente leçon clinique (*Semaine méd.*, 1893, p. 285), a déjà insisté sur ces faits, a montré la coïncidence fréquente en pareil cas de l'entéroptose, de l'abaissement du rein, de l'abaissement de la paroi abdominale, et même dans un certain nombre de cas d'une espèce de dégénérescence psychique. M. Reynier a insisté sur ce même côté de la question, et il attribue cette perte de la tonicité musculaire à une véritable sénilité du système nerveux (*Bullet. Soc. Chirurgie*, 1894, 25 janvier). Je ne m'étendrai pas davantage sur ces considérations de pathologie générale; mais elles me paraissent avoir une telle importance et dominent tellement le pronostic des résultats opératoires qu'il m'a semblé bon de les rappeler tout au début de ce travail.

Le plus souvent nous nous trouvons donc en présence de femmes présentant un orifice vulgo-vaginal agrandi, un corps périnéal détruit ou atonique, des parois vaginales trop amples. un utérus trop long et souvent atteint de métrite cervicale parenchymateuse, un tissu cellulaire pelvien lâche et atrophié, des ligaments utérins mous et allongés, et une nutrition générale défectueuse avec dystrophie musculaire plus ou moins généralisée. Tels sont les éléments du problème qu'il s'agit de résoudre, telles sont les lésions, les unes mécaniques, les autres vitales, en présence desquelles se trouve le chirurgien.

Dans la pratique, dans l'immense majorité des cas, c'est par le manque de soutien inférieur, grâce à l'insuffisance du plancher vagino-périnéal que débute le prolapsus. Pour que le périnée remplisse utilement son rôle de plancher, il doit présenter une résistance et une tonicité telles que le vagin ne soit qu'une cavité virtuelle, qu'il existe un contact parfait et constant entre les

parois vaginales antérieure et postérieure. Le soutien est encore mieux assuré quand l'orifice vaginal est fermé et froncé, et quand le plan de la paroi vaginale postérieure se relève vers la fourchette, de manière à ce qu'il y ait une obliquité marquée de la fourchette vers le vagin, de haut en bas et d'avant en arrière. C'est là la vraie disposition physiologique et fonctionnelle. Dans ces conditions, l'effort, la pression abdominale, appliquent plus intimement l'une contre l'autre les parois vaginales antérieure et postérieure, font bomber le périnée, sans que la muqueuse du vagin ait tendance à faire saillie à l'orifice vulvaire. Toute condition inverse, à savoir le défaut de contact des parois vaginales, le *porte-à-faux* de la paroi vaginale supérieure tendue comme un voile sans soutien, la béance du vagin et la pente représentée en bas et en avant par l'éculement du corps périnéal et la destruction d'une partie de sa hauteur, sera presque fatalement suivie, à une échéance plus ou moins éloignée, de l'abaissement progressif des parois vaginales, et consécutivement de l'utérus.

Plus exceptionnellement se produit la descente *primitive* de l'utérus avec intégrité du vagin et du périnée. *L'insuffisance des attaches ligamentaires et péritonéales* de l'utérus permet à l'organe de se mettre en rétroversion et de descendre de plus en plus en forçant et en retournant peu à peu les parois vaginales. Aussi, à une période avancée du prolapsus, les lésions ne diffèrent guère les unes des autres, quelle qu'ait été la cause initiale du prolapsus, de sorte qu'au point de vue pratique, les éléments du problème restent les mêmes à résoudre.

Que l'on se place au point de vue de l'évolution des lésions ou de l'enchaînement des indications et des actes opératoires que nous avons le plus souvent à reconnaître et à exécuter, on peut ranger les degrés du prolapsus génital de la façon suivante :

1° La *colpocèle antérieure* ou chute de la paroi vaginale antérieure suivie, dans l'immense majorité des cas, par la vessie, *cystocèle;*

2° La *colpocèle postérieure*, composée souvent de la seule paroi vaginale postérieure et quelquefois compliquée du prolapsus de la paroi rectale antérieure. Le plus souvent, les deux parois vaginales sont prolabées ensemble, en général d'une manière inégale. Une volumineuse cystocèle ne s'accompagne guère d'une grosse colpocèle postérieure, et réciproquement les plus grosses

rectocèles ne vont pas avec une cystocèle volumineuse. Dans ce cas, en effet, la paroi vaginale la plus prolabée fournit un point d'appui à la paroi opposée et la retient dans sa descente;

3° La *chute du vagin avec abaissement de l'utérus et allongement hypertrophique sus-vaginal du col*, primitif ou consécutif; c'est le cas type le plus ordinaire du prolapsus avancé et anciennement constitué;

4° Le *prolapsus du vagin et de l'utérus sans allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col.*

Au point de vue des indications et des actes opératoires, il est peut-être préférable de distinguer seulement deux grandes variétés de prolapsus :

1° Le prolapsus des parois vaginales, sans abaissement de l'utérus ou avec un faible abaissement de cet organe;

2° Les prolapsus *totaux*, comprenant la chute des parois vaginales avec l'utérus plus ou moins saillant à la vulve ou hors de la vulve et en général hypertrophié en longueur.

Enfin, on peut ranger dans une classe spéciale l'*allongement* hypértrophique *sous-vaginal* du col, lésion à part dans laquelle il n'y a pas de prolapsus à proprement parler, l'élongation du col constituant toute la maladie.

A la première classe s'adressent toutes les opérations uniquement dirigées contre l'amplitude exagérée des parois et l'insuffisance du soutien inférieur; à la deuxième appartiennent tous les procédés dans lesquels on vise *en même temps* que le soutien inférieur ou *isolément* l'utérus lui-même, soit pour le maintenir en bonne position, soit pour le supprimer. Ces grandes divisions peuvent embrasser l'infinie variété des opérations dirigées contre les prolapsus génitaux.

II. — Le traitement des prolapsus génitaux se divise en méthodes de douceur, *non sanglantes*, et en méthodes *sanglantes* ou traitement chirurgical proprement dit.

Les méthodes de douceur comprennent un traitement dit médical, l'application de pessaires, la gymnastique spéciale et le massage.

Le traitement médical ne peut être réservé qu'aux cas récents et légers; il peut être plutôt considéré comme un ensemble de mesures préventives que comme un veritable traitement curatif. Il ne trouve guère son indication que pour combattre après

l'accouchement un état de subinvolution utérine caractérisé par l'hypertrophie temporaire de l'utérus et le relâchement de ses ligaments.

Le repos prolongé au lit, la suppression des vêtements serrés, l'abstention de tout effort, de la station debout, en constituent l'hygiène spéciale. Les gynécologistes américains (1) recommandent la position génu-pectorale sur une chaise longue à inclinaison; cette position doit être prise deux ou trois fois par jour et conservée pendant cinq à dix minutes; puis la malade garde le repos, étendue sur le dos ou sur le côté, la tête basse. Ce procédé donnerait des résultats beaucoup plus durables que ceux obtenus ordinairement par les pessaires. Skene recommande également le port d'une ceinture spéciale (ceinture du Dr Dewees, de Salina) avec bretelles, pour donner au détroit supérieur du bassin une inclinaison exagérée et diminuer ainsi la pression abdominale sur l'utérus et les viscères pelviens, l'effort abdominal portant alors sur la paroi abdominale et le pubis.

Les injections astringentes, les piqûres d'ergotine, les tampons méthodiquement appliqués peuvent être associés à ces divers modes de traitement.

Contre le prolapsus ancien et constitué, le pessaire ne peut être considéré que comme un pis-aller et ne trouve son indication que dans la contre-indication du traitement chirurgical. Du reste, il ne peut jouer un rôle utile que s'il reste un corps périnéal suffisant pour prévenir l'expulsion de l'instrument au moindre effort. Il s'adresse donc et de préférence au prolapsus utérin plus qu'au prolapsus vaginal. Chez des femmes âgées, en cas de contre-indication opératoire avérée, il peut rendre les plus grands services. On ne peut s'empêcher de reconnaître par l'observation des faits que nombre de femmes ayant refusé l'opération radicale se contentent du soulagement apporté par un pessaire et ne sauraient se passer de cet instrument pour vaquer à leurs occupations.

L'expérience est plus forte que tous les raisonnements et l'utilité de ce moyen palliatif, en dépit de ses inconvénients et de ses imperfections, ne saurait être contestée.

---

(1) SKENE. *Medic. Gynec.*, 1895, p. 244.

Fehling (1) conseille, chez les femmes qui peuvent encore accoucher, d'employer seulement les pessaires contre le prolapsus ; car dans 64 p. 100 des cas, on verrait survenir la récidive après un accouchement nouveau.

En tout cas, il est indispensable de se servir des pessaires les plus *simples*, pouvant être facilement retirés et remis en place par la malade pour les soins de propreté, et de n'employer que les numéros *insuffisants*, les plus *petits* possible, pour ne pas exagérer la distension déjà trop grande des parois vaginales. L'application simultanée d'une ceinture abdominale du type des ceintures appliquées contre l'entéroptose peut être un adjuvant utile.

Le traitement kinésithérapique mis en honneur par Thure Brandt dans les affections gynécologiques consiste, pour le prolapsus, en massage, en élévation de l'utérus et en mouvements gymnastiques spéciaux. Le *massage direct* est destiné à assouplir les tissus et à leur rendre l'élasticité et la tonicité ; l'*élévation* consiste à produire une traction méthodique sur les ligaments pour tonifier leur tissu ; la *gymnastique* est destinée à tonifier les muscles du plancher vagino-périnéal. Elle consiste essentiellement en des mouvements qui provoquent la contraction des adducteurs fémoraux par le rapprochement et l'écartement des genoux, le siège étant soulevé, et pendant que la femme fait effort pour résister aux mouvements communiqués. Ce même mouvement fait aussi contracter le releveur de l'anus. Les malades doivent encore exécuter plusieurs fois par jour un mouvement de contraction du releveur de l'anus. La durée du traitement varie de quelques semaines à plusieurs mois. Entre les mains de Brandt lui-même, l'utérus aurait pu se maintenir en place après la première séance d'application de la méthode. Des prolapsus complets ont pu être guéris après 30 séances de massage, en deux mois à deux mois et demi (Preuschen).

En revanche, d'autres auteurs (Fellner, Winberg, de New-York) n'ont pas obtenu de résultats dans les prolapsus complets mais ont amélioré des prolapsus du premier degré. Winaver, de Varsovie, a réuni 40 cas de prolapsus traités par la méthode de Brandt, dont 24 suivis de guérison (2).

(1) *Wien Med. Woch.*, 1886.

(2) Dr CÉCILE LEDER. *Archives de gynécologie*, mars 1894.

Les tentatives de ce genre ont encore été, croyons-nous, peu nombreuses en France ; nous ne pouvons guère nous en rapporter qu'aux travaux étrangers et aux diverses analyses qui en ont été faites. On peut encore dire justement avec l'auteur d'une thèse récente sur ce sujet que, pour les résultats du traitement des prolapsus génitaux par le massage, « le temps de statistique rigoureuse et comparative n'est pas encore venu (1) ».

Les *méthodes sanglantes* ou *traitement chirurgical* des prolapsus génitaux comprennent des opérations nombreuses et variées dont les unes représentent les *actes fondamentaux* du traitement, les autres les actes *complémentaires*. Suivant le degré des lésions, leur nature et aussi les habitudes des opérateurs, les propositions peuvent se trouver renversées, les uns considérant comme *fondamental* ce que les autres regarderont comme *complémentaire*. Tel chirurgien visera surtout l'utérus, ne considérant les opérations plastiques sur le vagin que comme un complément de l'hystérectomie ou de l'hystéropexie; tel autre ne s'occupera que de la plastique vagino-périnéale ou limitera à de petites interventions son action sur l'utérus. Aussi, me paraît-il nécessaire, pour établir un certain ordre dans les indications et la discussion du traitement, de s'en rapporter à la pathogénie générale des prolapsus et de se rappeler que : 1° dans l'immense majorité des cas, le prolapsus *vaginal* est la lésion initiale ; 2° que l'utérus le plus souvent suit et complique ce prolapsus ; 3° que beaucoup plus rarement l'utérus descend le premier et que même avec cette descente primitive de l'organe, il se produit un prolapsus vaginal créant les même indications que s'il est primitif.

Aussi les actes *fondamentaux* du traitement doivent-ils : 1° viser d'abord et *dans tous les cas* le plancher vagino-périnéal, point affaibli du diaphragme pelvien ; 2° se compliquer d'actes *complémentaires* du côté de l'utérus, augmentant d'importance avec ses lésions secondaires et son degré de descente. Dans un très grand nombre de cas, les opérations vagino-périnéales *fondamentales* seront suffisantes, et efficaces dans la presque totalité des cas. Malgré l'importance et la gravité plus grande des opérations complémentaires (hystéropexie, hystérectomie, raccourcissement

---

(1) La méthode de Thure Brandt, son application aux maladies des femmes, Mme PELTIER. Thèse de Paris, 25 janvier 1895.

des ligaments ronds), elles restent indispensables, et le succès définitif ne peut guère être obtenu sans leur association. Il est donc nécessaire, en allant du simple au composé, de passer en revue : 1° l'indication opératoire ; 2° l'opération capable de la réaliser ; 3° les divers procédés opératoires.

Restaurer et relever le périnée et du même coup rétrécir l'orifice vulvo-vaginal, rétrécir et consolider les parois vaginales, soutenir l'utérus en bonne place et l'empêcher de descendre, telles sont les données du problème à résoudre. Contre la cystocèle et le prolapsus du 1/3 antérieur de la paroi vaginale supérieure, premier terme ordinaire des lésions, la restauration du corps périnéal s'impose et souvent elle suffit, soit seule, soit associée à une colporrhaphie postérieure peu étendue. L'opération d'Emmet, de Lawson Tait, de Doléris, représente les procédés opératoires de choix. Toute opération qui refera et relèvera le corps périnéal, qui rétrécira l'entrée du vagin et rétablira le contact entre les parois vaginales antérieure et postérieure remplira utilement l'indication.

Nous ne pouvons guère comprendre l'utilité d'une *colporrhaphie antérieure isolée*, le prolapsus vaginal antérieur ne se produisant pour ainsi dire jamais sans la défectuosité du périnée et de la paroi vaginale postérieure.

A plus forte raison, nous ne citons que pour mémoire et pour les rejeter au chapitre de l'historique les opérations anciennes d'*épisiorrhaphie*, qui ne font que masquer pour un temps plus ou moins court les véritables lésions auxquelles elles ne s'adressent pas.

A un degré plus avancé dans lequel la paroi vaginale antérieure fait hernie hors de la vulve, soit d'une façon constante, soit au moindre effort, et où l'utérus a subi une certaine descente qui amène le col à 4 ou 5 centimètres de l'orifice vulvaire, sans agrandissement notable de ses cavités et dans l'attitude plus ou moins accentuée de la rétrodéviation, l'opération type, fondamentale, trouve sa meilleure indication. La *colpopérinéorrhaphie* est l'opération de choix, souvent précédée de la colporrhaphie antérieure. Le meilleur procédé opératoire est celui qui diminue le mieux l'amplitude vaginale et reconstitue le plus solidement le corps périnéal. A ce titre, l'opération d'Hegar reste l'opération *princeps*, l'opération de fond. Quelles que soient les modifications

légères données à la forme de l'avivement, au mode et à la nature des sutures, elle reste toujours la même opération. Depuis déjà bien des années nous nous sommes rattachés presque uniquement à cette opération et nous en tirons les meilleurs résultats. Nous avons légèrement modifié la forme primitive de l'avivement : au lieu d'amener directement en avant et en haut les branches divergentes du V à sommet supérieur, nous traçons d'abord ce V dans la portion vaginale proprement dite et relevons ses branches à droite et à gauche, à partir du point qui correspondra à l'union avec le vagin du corps périnéal reconstitué et nous nous rapprochons beaucoup du tracé d'avivement par le procédé de Fritsch. Si l'on a soin de passer les sutures vaginales de manière qu'au moment de leur constriction elles froncent et tassent les tissus, si l'aiguille destinée à ramener les fils d'argent périnéaux est d'abord enfoncée perpendiculairement et assez loin en dehors de la surface avivée, de manière à charger et à ramasser les tissus écartés à droite et à gauche, les résultats sont excellents. Au fur et à mesure que les fils du vagin sont serrés, la paroi vaginale postérieure se relève et vient se mettre au contact de la paroi antérieure ; le corps périnéal se reconstitue et se relève avec la constriction des fils d'argent, le vagin se ferme. L'opération terminée, le doigt peut sentir un périnée haut, épais, résistant, un vagin fermé à parois juxtaposées, avec direction oblique en bas et en arrière, inverse de celle qui préexistait à l'opération et l'utérus remonté ayant son col à 7, 8 ou 9 centimètres de la vulve.

L'opération de Martin n'est qu'un dérivé de l'opération d'Hegar; elle n'en diffère que par la conservation de la colonne postérieure du vagin et la possibilité d'empiéter, dans l'avivement sur les parties latérales du vagin.

Qu'on ajoute à l'une quelconque de ces opérations la colporrhaphie antérieure et, en cas de déchirure ancienne et d'hypertrophie du col, l'amputation partielle de cet organe suivie de sa restauration immédiate, on sera bien près de l'opération idéale répondant à chacun des éléments de l'indication.

Le secret du succès est dans la bonne exécution de l'opération.

Avant tout, comme le dit excellemment Richelot (1), « supprimer

(1) *Bullet. Soc. Chir.*, 3 janvier 1894.

assez d'étoffe et rétrécir autant qu'il le faut : mépris complet des procédés d'auteur, des étages, des surjets compliqués ». J'ai exprimé la même pensée (1) en disant qu'il faut *rétrécir* et *fermer*, que l'excellence du résultat n'est obtenue que par de grands avivements, et qu'il *faut avoir l'air d'en avoir trop fait pour avoir fait assez.*

La colporrhaphie *antérieure*, en particulier, représente un des temps les plus délicats des manœuvres ; appliquée à une colpocèle peu considérable, elle est simple et facile et généralement suivie d'un bon résultat. Si la cystocèle est considérable, si la paroi vaginale antérieure prolabée présente une large étendue transversale, l'opération est difficile et le résultat aléatoire.

Avec l'avivement ovalaire étendu, les sutures rapprochent difficilement les parties au niveau surtout de la région moyenne de l'avivement, tiraillent les tissus et peuvent même les couper. La réunion manque, les parties s'écartent et le résultat définitif est mauvais.

Dans ce cas il nous parait préférable d'employer le procédé de Fehling (*Traité de Gynécologie*, 1893) et de faire sur la paroi vaginale antérieure une *double* colporrhaphie latérale en laissant entre les parties avivées une bande de tissu sain, à la place occupée par la colonne antérieure du vagin. De cette façon, les lignes de réunion ne sont pas trop tendues et l'avivement bilatéral peut représenter une somme d'avivement et de forcement des tissus plus considérable que celle obtenue par l'unique avivement ovalaire. Fehling conseille en outre de faire l'opération en deux temps et de ne pratiquer la colporrhaphie postérieure et la périnéorrhaphie que quinze à vingt jours plus tard : de cette façon, les sutures ne sont pas tiraillées et les résultats définitifs sont meilleurs.

Dans le même but, Fritsch, Linhart, Winckel ont cherché à obtenir une plus grande solidité dans la cicatrice en n'ayant pas seulement une cicatrice médiane et ils ont imaginé divers procédés de transplantation de lambeaux vaginaux.

On a même proposé (2) de transplanter des morceaux d'os décalcifié dans la plaie de la colporrhaphie et de la colpopérinéorrha-

---

(1) *Ibid.*, 31 janvier 1894.

(2) TRUZZI. *Congrès de Rome*, 1894.

phie, dans le but de provoquer la formation d'un tissu fibreux, résistant, pouvant servir à remplacer l'œuvre de soutien des colonnes du vagin, et de façon à diminuer la probabilité des récidives. Les résultats étaient trop récents au moment de cette publication pour qu'on ait pu juger de leur valeur.

Il serait impossible de citer tous les procédés qui ont été proposés pour obtenir le rétrécissement des parois vaginales : nous aurons occasion d'en citer un certain nombre quand nous nous occuperons des *opérations combinées*, portant à la fois sur l'utérus et le vagin. Nous ne rappellerons que les plus récemment proposés ; Péan (1) place de chaque côté de l'utérus, à travers le cul-de-sac vaginal latéral, deux rangées de sutures ; ces sutures sont laissées en place trois semaines ; elles coupent les tissus et provoquent ainsi un tissu cicatriciel qui est un nouveau moyen de soutien pour le vagin. Cette opération est complétée par une colpopérinéorrhaphie. Terrillon (*Bullet. thérapeutique*, 1892) conseille de pratiquer sur la paroi vaginale l'ablation d'une série de lambeaux verticalement disposés, comprenant tout l'espace compris entre l'ouverture vulvaire et le corps de l'utérus, et termine l'opération par une périnéorrhaphie.

M. Dubourg (de Bordeaux) (2) a imaginé de soutenir l'utérus à l'aide de deux lambeaux pris sur la face antérieure du prolapsus, au niveau de l'utérus, et rabattus au-dessous du col sur lequel l'organe vient reposer. L'opération est complétée par une colpopérinéorrhaphie.

A côté de ces procédés sanglants destinés à obtenir le rétrécissement et la fermeture du vagin, il est intéressant de citer des procédés non sanglants dont la valeur est douteuse et dont l'expérience est encore insuffisante.

Michael (3) a pratiqué, dans des plis de la muqueuse vaginale, des injections d'alcool absolu, à la manière de Schwalbe dans le traitement des hernies, et, après quinze injections faites tous les jours ou tous les deux jours et facilement tolérées, aurait obtenu une guérison.

Freund, de Strabourg, rajeunissant un procédé déjà employé

(1) *Bullet. médic.*, 1889, III, p. 252.

(2) Bordier. Thèse de Bordeaux, 1893-94.

(3) *Soc. de Gynécologie de Hambourg.*

en 1835 par Bellini, de Florence, sous le nom de *colpo-desmorrhaphie*, a rétréci le vagin par une série de sutures au fil d'argent parcourant circulairement les parois vaginales. Jacobs, de Bruxelles (1), sous le nom de *colpostricture, pessaires multiples*, a repris la même opération avec des crins de Florence conduits sous la muqueuse et la fronçant absolument comme un lacet en coulisse vient fermer une blague à tabac. Trois fils, en général, sont placés parallèlement de haut en bas et forment une série de pessaires superposés. Jacobs emploie ce même procédé pour rétrécir le vagin comme opération complémentaire après l'hystérectomie pour le prolapsus.

Employée seule, l'opération de Freund-Jacobs peut trouver son indication chez des femmes âgées, débiles, cachectiques, où une opération sanglante plus importante se trouve contre-indiquée (2). Mais, en général, les fils sont éliminés au bout de quelques mois et tout le résultat est perdu.

Plus récemment, Gubaroff (3) a publié trois opérations dans lesquelles, à l'aide d'une aiguille et d'un crin de Florence, il circonscrit un quadrilatère de tissus sur la paroi vaginale antérieure et fait un grand pli transversal à la muqueuse de manière à reconstituer une colonne vaginale antérieure très résistante. La même manœuvre est répétée sur la paroi vaginale postérieure. Ces deux temps vaginaux sont associés à une amputation préalable du col, s'il en est besoin.

Cette opération aurait sur celles de Freund et de Jacobs l'avantage de laisser libres les parois latérales du vagin et de permettre l'accouchement.

Les résultats du procédé de Freund paraissent médiocres ; dans une statistique de Gœrtig (4), sur sept femmes, il y eut quatre récidives, un résultat inconnu ; deux seulement au bout d'une année restaient à l'abri d'une récidive.

Ces divers procédés ne peuvent être considérés que comme exceptionnels et, à notre avis, dans les cas de prolapsus au 1er et au 2e degré — prolapsus vaginal et prolapsus vagino-utérin, sans

---

(1) *La Policlinique*, 1894.

(2) Thèse de Champdemerle. Paris, 19 mars 1895.

(3) *Centralbl. f. Gyn.*, 18 janvier 1896, p. 65.

(4) *Centralbl. f. Gyn.*, juin 1895, p. 599.

élongation de l'utérus — la colpopérinéorrhaphie, genre Hegar, avec modification plus ou moins personnelle dans le mode d'avivement et de suture, reste l'opération fondamentale, l'opération de choix, l'opération répondant à la plus réelle des indications. Toute opération s'éloignant de ce type, dans laquelle l'intervention ne vise que la paroi muqueuse vaginale, ne tend pas à ramasser et à relever les éléments musculaires dissociés du vagin et du périnée, est à l'avance frappée de stérilité dans ses résultats. Elle ne s'adresse qu'a la doublure du vagin sans reconstituer toute l'épaisseur des tissus : elle néglige les éléments utiles doués de tonicité et de contractilité pour ne prendre que le revêtement muqueux flasque, atonique et extensible.

Dans la bonne exécution d'une colpopérinéorrhaphie, le but à atteindre n'est pas seulement le rapprochement des bords de la muqueuse vaginale avivée, c'est le tassement et le froncement des tissus profonds sous-jacents par l'introduction de sutures qui chargent profondément ces tissus d'un côté à l'autre, les rapprochent de la ligne médiane dont ils sont éloignés, forment, avec les éléments dissociés du releveur de l'anus, du fascia et du tissu cellulaire, un plan résistant et épais et transforment la cloison recto-vaginale, devenue uniquement bi-muqueuse, en une cloison condensée et tonique.

Tout est dans la bonne exécution du procédé, et de cette bonne exécution nous plaçons au premier rang: 1° l'étendue antéro-postérieure et transversale de l'avivement, commençant en haut à 1 centimètre ou 1 cent. 1/2 au-dessous du col utérin, s'étendant en travers presqu'à l'union de la paroi vaginale postérieure avec les parois latérales ; 2° l'application de sutures entrant très près de la ligne d'avivement et ressortant au point opposé symétrique après avoir parcouru et chargé toute l'épaisseur des tissus compris dans l'anse, jusqu'au voisinage de la muqueuse rectale ; 3° la soigneuse coaptation des bords avivés par-dessus les tissus déprimés profondément pendant la constriction du fil ; 4° la nécessité de la réunion immédiate assurée par une bonne antisepsie avant et après l'opération.

Si l'on nous reproche d'insister aussi longuement sur la colpopérinéorrhaphie et les grandes lignes de son exécution, nous répondrons que, malgré sa banalité apparente, l'opération est mal connue et mal exécutée dans un grand nombre de cas et qu'on

fait peser sur son compte des fautes, des échecs qui ne doivent être imputés qu'à l'opérateur.

Nous répondrons encore que cette opération est trop importante pour ne pas être étudiée à fond, puisque, dans un très grand nombre de cas, elle constitue à elle seule le traitement suffisant et efficace, et que, si l'on croit nécessaire d'ajouter à la cure des degrés plus avancés des prolapsus des opérations plus graves et plus importantes, son exécution et son succès restent encore des conditions indispensables du résultat définitif.

III. — Nous aborderons maintenant les opérations complexes et combinées dans lesquelles ce traitement ne vise plus seulement le *soutien inférieur* de l'utérus, mais s'adresse isolément ou en association avec d'autres interventions aux moyens de fixité supérieurs de l'utérus ou à cet utérus lui-même pour le modifier dans sa forme, dans son poids, ou pour le supprimer d'une façon radicale.

Nous étudierons successivement les divers modes d'hystéropexie appliqués à la cure des prolapsus; les opérations partielles portant sur la portion inférieure de l'utérus ; l'hystérectomie.

A. *Fixation de l'utérus et de la vessie.* — Peu de chirurgiens ont eu l'idée de suspendre l'utérus prolabé à l'aide des *seuls ligaments ronds.* L'opération d'Alexander, justifiée contre les rétro-déviations mobiles, non compliquées de prolapsus vaginal et de déchirure périnéale, insuffisante quand ces dernières conditions coexistent, se trouve tout naturellement frappée de stérilité quand elle a la prétention de soutenir un utérus auquel fait défaut tout l'appareil de soutien inférieur, comme dans le prolapsus génital. Cependant Polk (1) aurait obtenu 15 succès par le *seul* raccourcissement des ligaments ronds; Cittadini (2) écrit « que le raccourcissement des ligaments ronds revendique sa place lorsque l'utérus n'est ni totalement descendu, ni hypertrophié dans sa portion sus-vaginale ». Cependant cet auteur admet plutôt les opérations en série. En effet, la suspension de l'utérus par les ligaments ronds, dans le prolapsus génital, ne peut être considérée que comme une manœuvre complémentaire consécutive aux opérations plastiques pratiquées sur le vagin ; et

(1) *Amer. Journ. of Obstet.*, 1886, p. 606.

(2) *Congrès de Bruxelles*, 1892.

de fait, quand l'utérus est abaissé, peu volumineux, rétroversé, l'opération est justifiée et peut être utile, après l'exécution de la colpopérinéorrhaphie. Cette conduite a été préconisée dans une série d'articles par Doléris, qui recommande l'exécution immédiate en une seule séance des diverses manœuvres répondant à chacune des indications.

La *colpopexie indirecte* (Picqué, *in* th. de Lacaze, Paris, 1890-91), dans laquelle, à l'aide d'une laparotomie latérale, trois fils sont passés dans la corne utérine et fixés aux piliers inguinaux, rentre dans la même catégorie d'interventions et comporte la même appréciation.

Nous ne critiquons pas cette manière de faire; mais il nous a semblé que si l'abaissement utérin était encore peu prononcé, que si l'utérus avait son volume normal et n'avait pas encore subi d'élongation sus-vaginale, la simple colpopérinéorrhaphie, largement exécutée, suffisait à faire remonter l'organe et à le maintenir dans une attitude suffisamment élevée.

En résumé, le raccourcissement des ligaments ronds appliqué à la cure du prolapsus utérin nous paraît devoir être considéré comme une opération complémentaire des interventions plastiques pratiquées sur le vagin et le périnée et particulièrement recommandable quand l'abaissement coïncide avec une rétrodéviation de l'utérus.

On doit à mon avis porter le même jugement sur *l'hystéropexie*. Appliquée seule, elle nous paraît avoir trahi les espérances qu'elle avait données. M. Dumoret, dans sa thèse (1888-89), écrivait : « Le traitement chirurgical (appliqué à la cure du prolapsus) est le seul efficace parmi les différents modes et l'hystéropexie est la méthode de choix; c'est une opération sérieuse, mais non grave;... elle peut être considérée comme synonyme de *cure radicale du prolapsus* »

Mais il ajoutait : « Ces conclusions, il va sans dire, sont certainement provisoires; elles ont besoin, pour être infirmées ou confirmées, d'observations plus anciennes, plus nombreuses. »

Les résultats se sont chargés de venir confirmer ces dernières prévisions. On a vu le prolapsus vaginal se produire et n'être nullement influencé par la suspension utérine; on a observé un nouvel abaissement de l'utérus entraînant à sa suite la paroi abdominale antérieure déprimée en godet.

Laroyenne combine l'hystéropexie abdominale antérieure avec les opérations autoplastiques indiquées par chaque cas; pour lui, cette combinaison réduit parfaitement le prolapsus et représente l'opération de choix dans la grande généralité des cas (1). Le procédé d'hystéropexie de Laroyenne tire son originalité de la réduction préalable de l'utérus prolabé à l'aide d'un gros hystéromètre, et de la possibilité de faire l'incision abdominale sur la saillie formée par l'utérus soulevé. Celui-ci est fixé au péritoine et aux aponévroses de la ligne blanche par trois crins de Florence. La fixation ne peut se maintenir que si l'on a placé trois ou quatre fils.

A côté de ces opérations portant soit sur l'utérus seul, soit sur l'utérus et le vagin on peut signaler des tentatives plus complexes dans lesquelles on s'est proposé d'agir en même temps sur la vessie prolabée. Sous le nom de *colpocystorrhaphie*, Byford(2) a pratiqué la série d'opérations suivantes : 1° la suture à la paroi postérieure du canal inguinal de chaque côté de la tunique fibreuse du vagin, des deux côtés de l'urèthre; 2° le raccourcissement des ligaments ronds; 3° l'élytrorrhaphie postérieure de Martin et la périnéorrhaphie. Il aurait obtenu une amélioration et un succès complet chez une femme de cinquante-sept ans; le danger de l'opération serait la blessure de l'urèthre.

Kiriac (3) recommande d'associer la cystopexie à la fixation de l'utérus; car la cystocèle précédant le prolapsus utérin, la fixation d'un seul de ces organes est impossible sans la fixation de l'autre. Son opération, à laquelle il donne le nom d'*hystéro-cysto-ventropexie*, consiste : 1° à fixer la face antérieure de la vessie à la paroi abdominale; 2° à fixer la face postérieure de la vessie à la face antérieure de l'utérus en mettant en contact les deux surfaces séreuse, vésicale et utérine; 3° à fixer l'utérus à la paroi abdominale. Dans le seul résultat publié et paraissant favorable, l'opération ne datait à peine que de quatre mois.

Je ne puis considérer ces tentatives que comme tout à fait exceptionnelles et ne présentant guère qu'un intérêt de curiosité.

---

(1) JOYEUX. Th. de Lyon, 4 février 1895.

(2) *Amer. Jour. of Obs.*, fév. 1890.

(3) *Roumanie médicale*, août 1893.

Pour la fixation de la vessie en particulier, je ferai remarquer que la fixation de sa paroi antérieure n'agit en rien sur la partie vésicale qui constitue la cystocèle. La vessie présente en pareil cas une véritable portion inférieure, horizontale, ayant glissé par en bas avec le vagin, sur laquelle la suture antérieure ne peut avoir d'action.

C'est encore dans le but de fixer l'utérus que Frommel (1) a cherché, sans succès, à faire le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par la laparotomie, et que Sänger a proposé la *rétro-fixation* du col par le cul-de-sac postérieur (1891). Son procédé *(Centralb. f. Gyn.*, 1896, nº 9) consiste à placer des sutures à travers le col utérin, les ligaments utéro-sacrés et le cul-de-sac vaginal postérieur, et à oblitérer la partie inférieure du cul-de-sac de Douglas. On lui a reproché avec raison le danger que présente la traversée des fils dans une région où le cul-de-sac de Duglas peut contenir de l'intestin et où le rectum peut être intéressé. Dans ces derniers temps, Fehling a essayé d'appliquer à la cure du prolapsus vaginal l'hystéropexie vaginale par le procédé Dührssen-Mackenrodt (2).

B. *Amputation partielle de l'utérus et opérations plastiques.* — L'augmentation de longueur de l'utérus par élongation sus-vaginale du col, de beaucoup la plus fréquente, constitue, dans la cure des prolapsus génitaux, une indication opératoire de premier ordre ; en outre, l'hypertrophie ordinaire des lèvres anciennement déchirées, à muqueuse éversée et souvent ulcérée, atteintes de dégénérescence scléro-kystique, chroniquement enflammées, entraîne par elle-même la nécessité d'une intervention directe.

Cette élongation utérine, qui est un des éléments du prolapsus vagino-utérin avancé, ne saurait être négligée sans que toutes les tentatives opératoires faites en dehors d'elle soient forcément frappées de stérilité. Les opérations plastiques les mieux réussies ne donneront qu'un résultat temporaire si on laisse persister au-dessus d'elles un utérus trop long, trop lourd, à mauvaise circulation.

La combinaison d'une amputation partielle élevée du col avec les opérations plastiques vaginales représente la meilleure exé-

(1) *Zeitsch. f. Geb.*, XXVII, p. 291.

(2) *Berl. klin. Woch.*, 30 septembre et 7 octobre 1895.

cution des indications opératoires fournies par le prolapsus vagino-utérin avancé. C'est la pratique à laquelle nous nous sommes presque uniquement toujours arrêtés, dans les cas en apparence les plus mauvais, et nos résultats sont égaux, sinon supérieurs, à tous ceux qu'on obtient par les procédés plus compliqués et infiniment plus graves de l'hystéropexie ou de l'hystérectomie.

Après amputation circulaire de la muqueuse vaginale cervicale, isolement du col aussi loin que possible à la face antérieure et à la face postérieure, celui-ci est divisé sur les côtés, au niveau des commissures, à droite et à gauche; les valves antérieure et postérieure sont incisées obliquement et la muqueuse vaginale est suturée au catgut avec la muqueuse cervicale par le procédé d'Hegar.

De cette manière, 4 ou 5 centimètres du col peuvent être facilement retranchés, et si l'on se rappelle que les utérus prolabés et élongés ne présentent guère plus en moyenne de 11 à 13 centimètres de longueur, on voit que, par cette amputation, l'utérus est ramené presqu'à sa longueur normale et n'excède plus guère 7 à 8 centimètres.

En outre, l'ablation des portions hypertrophiées entraîne dans le reste de l'organe un véritable travail de sclérose et d'atrophie à la suite duquel il se produit encore une diminution de volume et de poids.

Il est nécessaire de signaler, dans cette opération, la nécessité de la ligature soignée au catgut fin de trois ou quatre petites artères de chaque côté, à la base du ligament large, et la possibilité de l'ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur. L'asepsie préalable du vagin et la fermeture immédiate de la brèche péritonéale rendent cet incident absolument inoffensif.

Le dernier temps consiste dans l'exécution d'une large colpopérinéorrhaphie et plus souvent auparavant d'une colporrhaphie antérieure.

Il est remarquable de constater, après un temps éloigné, la fixité donnée à l'utérus à la suite de cette amputation élevée du col; il se fait tout autour, dans le tissu cellulaire péri-utérin, un travail de rétraction à la suite duquel la portion sus-vaginale de l'utérus se trouve immobilisée et fixée. Si le résultat opératoire éloigné est défectueux, la récidive est exclusivement formée par

le prolapsus *vaginal;* l'utérus reste en place et à la longue même il paraît s'atrophier.

Westermarck (1) ajoute à l'amputation du col deux colporrhaphies latérales partant du haut du vagin, circonscrivant 2 centimètres de tissu en haut, finissant à angle aigu en bas ; il termine par la périnéorrhaphie de L. Tait. Les incisions latérales sont destinées à obtenir une rétraction assez forte du tissu conjonctif des ligaments larges, lesquels ont été allongés par le prolapsus. Par cette rétraction du tissu conjonctif, le vagin est resserré transversalement, de façon que les parois antérieure et postérieure s'approchent l'une de l'autre comme à l'état normal. Par ce moyen, la tension de la paroi du vagin au bout supérieur duquel l'utérus se trouve, comme l'entonnoir dans le col d'une bouteille, a considérablement augmenté. L'auteur a opéré 22 cas par ce procédé et aurait obtenu de bons résultats dans tous les cas, constatés même après des années. Chez une malade, il n'a pratiqué que la colporrhaphie latérale, bien qu'il y ait eu cystocèle et rupture du périnée, et il aurait obtenu un succès.

A l'amputation élevée du col, précédée de la ligature de la base de ligaments larges, Folet, de Lille (2), ajoute la dissection des 2/3 supérieurs des parois vaginales non suivie de réunion et abandonnées à la cicatrisation par seconde intention, et termine par une colpopérinéorrhaphie d'après le procédé de Doléris.

Après quelques semaines de repos au lit, les tissus cruentés auront complètement disparu ; la plaie opératoire, abandonnée à une cicatrisation secondaire, s'est resserrée, tandis que la muqueuse vulvaire et les deux ou trois centimètres de muqueuse vaginale attenante se déplissent et sont attirés en haut vers le moignon d'utérus qui vient à leur rencontre.

M. Chaput (3), dans un important mémoire, discute les indications de l'hystérectomie totale appliquée à la cure du prolapsus et, en résumé, conseille de se contenter de l'extirpation supravaginale élevée du col utérin, avec résection large du vagin et colporrhaphie antérieure et postérieure. Il considère cette opération comme plus bénigne et tout aussi efficace que l'hystérectomie totale.

(1) *Congrès de Bruxelles*, 1894.

(2) LAMAUD. Thèse de Lille, 13 février 1896.

(3) *Bullet. Soc. Chir.*, 1894, 31 janvier.

C. L'*hystérectomie* pratiquée de parti pris dans la cure du prolapsus n'avait guère été exécutée en France jusqu'à ces dernières années ;, Richelot (25 juillet 1886), Terrillon (1889), Goullioud (1891), Pozzi (1891-92), Quénu (1892), Segond, Lejars (1893) sont les premiers opérateurs qui aient fait cette variété d'hystérectomie. Mais la question n'a vraiment été mise au point que depuis l'importante discussion de la Société de chirurgie provoquée par la très intéressante communication de Quénu (20 décembre 1890). Un autre travail de la plus haute valeur, publié par R. Ash, assistant de Fritsch (1), de Breslau, nous avait initiés à la pratique étrangère. L'opération qui, au début, paraissait hardie et téméraire, a peu à peu conquis droit de cité et a mérité de se voir discutée au point de vue de ses indications et mise en parallèle avec les autres traitements des prolapsus génitaux.

Il est résulté de toutes les discussions qu'en dehors de lésion avérée de l'utérus ou des annexes, l'hystérectomie ne devait être proposée que chez la femme ayant dépassé la ménopause ou en étant assez rapprochée pour que la conception soit peu vraisemblable. C'est du reste une condition facile à remplir, la plupart des prolapsus avancés se rencontrant chez les femmes ayant cessé d'être réglées.

Un fait a aussi été acquis dès le début, à savoir, que *seule*, c'est-à-dire non associée aux opérations plastiques exécutées sur le vagin, l'hystérectomie n'est pas suivie d'un résultat thérapeutique utile ; on la voit suivie à courte échéance du prolapsus vaginal, auquel elle n'a en rien remédié et sur lequel elle ne peut avoir aucune action. Il a donc été admis qu'il était absolument nécessaire de faire suivre l'hystérectomie des opérations plastiques vaginales. Même et en allant plus loin, Pozzi (2) écrit dans ses conclusions : « L'hystérectomie vaginale peut devenir nécessaire pour permettre la reconstitution du périnée dans le prolapsus génital complet. Pour être efficace, elle devra être accompagnée de la résection d'un large segment du vagin et suivie de la restauration du périnée. » Nous savons, en effet, que seule l'hystérectomie peut permettre dans quelques cas une résection suffisante du vagin pour établir un résultat thérapeutique utile et durable.

(1). *Arch. f. Gyn.* Bd. XXXI, 1893.

(2) *Soc. de Chirurgie* et *Annales de Gynéc. et d'Obstét.*, 1894.

Les indications de l'hystérectomie ont été très nettement posées par les divers opérateurs. Pour Quénu, c'est une bonne opération « contre le prolapsus total, chez une femme ayant atteint la ménopause, principalement quand il s'agit de femmes dont la condition sociale nécessite une vie active, *spécialement lorsque l'état du périnée et du vagin ne laisse aucun doute sur la possibilité de restaurer* utilement l'appareil de soutènement ». Pozzi pense qu'il ne peut s'agir d'hystérectomie que si les parties à réduire, c'est-à-dire l'utérus et les parois vaginales, ont acquis un tel volume que, comme dans les anciennes hernies, elles *ont perdu droit de domicile*, « lorsqu'on trouvera, par la palpation et le cathétérisme, l'utérus allongé ou hypertrophié de telle sorte que la réduction portera un obstacle évident au succès de la reconstitution du périnée. En pareil cas, le vagin éversé a aussi pris des dimensions exagérées, si bien que les mêmes raisons existent pour en supprimer un segment : l'hystérectomie vaginale doit donc bien être alors, dans toute l'acception étymologique du mot, une *colpo-hystérectomie*.

De même, à la clinique de Léopold (de Dresde) (1), l'hystérectomie est pratiquée :

1° Quand les souffrances provoquées par le prolapsus sont très considérables et que les autres modes de traitement ont échoué.

2° Dans l'atrophie sénile de la muqueuse vaginale, ou au contraire dans l'hypertrophie excessive, cas où les opérations plastiques échouent.

3° Dans le relâchement excessif de l'appareil ligamenteux de l'utérus ; quand la réduction de l'organe est suivie immédiatement d'un nouveau prolapsus sous l'action de la pression abdominale.

4° Dans les prolapsus irréductibles par suite de l'hypertrophie utérine ou d'adhérences pelviennes.

5° Quand il y a une complication de fibrome, de cancer, etc.

J'ajoute aussi comme indication le cas où l'utérus, petit, atrophié, est complètement sorti de la vulve, entouré de tous côtés par un prolapsus vaginal total. Il faut admettre alors une telle distension des ligaments utérins qu'on ne peut rien espérer de leur action ultérieure ; en outre, l'hystérectomie permet une

(1) Woff. *Soc. des Médec. Russes.* Moscou, 9 décembre 1894.

large résection vaginale qui ne serait pas possible sans l'ablation préalable de l'utérus.

Les contre-indications sont tirées du jeune âge relatif des malades, éloignées de la ménopause, et surtout de la débilité sénile, de la déchéance vitale résultant d'une lésion organique du cœur, des poumons, des reins ou de toute autre (Pozzi).

Les difficultés et la gravité opératoires sont en effet assez considérables : la dissection de la vessie peut être pénible; les hémorrhagies peuvent être abondantes et dangereuses; sur 55 cas, Hartmann et Du Bouchet (1) relevèrent 5 cas de mort, 2 par péritonite, 1 par pyélo-néphrite, 1 par choc, 1 par paralysie cardiaque. Le nombre aujourd'hui des décès est certainement plus considérable.

La technique opératoire diffère en plusieurs points de la technique de l'hystérectomie vaginale appliquée aux autres lésions de l'utérus ou aux affections des annexes. 1° La nécessité d'obtenir une réunion immédiate pour les parois vaginales supprime la possibilité de l'emploi des pinces à demeure et exige celui des ligatures; 2° on a cherché à obtenir, entre la partie supérieure du vagin et les parties sus-jacentes, des adhérences solides capables de former un dôme résistant ou à créer, à l'aide des ligaments, une large sangle sur laquelle viendrait se perdre la pression abdominale ; 3° on a combiné dans un même temps l'hystérectomie avec de larges résections de segments du vagin.

Martin (de Berlin) ferme le péritoine et suture les ligaments larges de manière que leur surface cruentée fasse saillie dans le vagin; Czempin conseille aussi de pendre le vagin aux moignons des ligaments larges coupés le plus loin possible de l'utérus.

Beverley Mac Monagle (de San Francisco) suture les ligaments larges l'un à l'autre, afin de fermer le péritoine et de fournir à la partie supérieure du vagin un point d'attache aussi solide que possible. M. Quénu a préconisé la même pratique ; il réunit l'un à l'autre les deux moignons des ligaments larges, de manière à faire une sorte d'écharpe, de sangle qui soutienne les efforts abdominaux. « Le péritoine est ensuite rapidement suturé en avant et en arrière aux bords antérieur et postérieur de l'angle; la surface des pédicules est donc extra-péritonéale; nous la

(1) *Ann. de Gynéc. et d'Obstét.*, 1894.

recouvrons de la face cruentée du vagin que nous suturons entièrement avec du catgut, de manière à ne pas avoir à enlever les fils. Une des sutures au moins traverse à la fois les lèvres de l'incision vaginale et le pédicule. Le vagin adhère ainsi aux pédicules; l'orifice résultant de l'ablation utérine est fermé en totalité; la rétraction cicatricielle, loin de tirer excentriquement sur la cicatrice pour l'affaiblir, ne pourra que la remonter et tirer sur le vagin. » *Pour être efficace, il faut que l'hystérectomie vaginale soit une véritable colpopexie* (Quénu).

Pozzi ne croit pas nécessaire de pratiquer une fixation ou une suspension du fond du vagin en le suturant aux ligaments larges réunis: « Le processus normal de la cicatrisation après l'hystérectomie amène la formation d'une cicatrice ombiliquée où se trouvent soudés les moignons des ligaments larges, le péritoine et le vagin, sans le secours d'aucun artifice opératoire. »

La manœuvre la plus importante consiste à combiner l'hystérectomie avec une large résection vaginale; cette combinaison est réalisée par le procédé de Fritsch, décrit par R. Ash. Nous en empruntons la description au mémoire de Hartmann et Du Bouchet (1). La malade étant placée dans la position dorso-sacrée, on place une pince de Museux sur le col qu'on tire fortement en haut et en avant; on fait une première incision en forme de V à sommet postérieur, répondant à l'union du tiers postérieur du vagin avec les deux tiers antérieurs de la paroi vaginale postérieure. On ouvre de suite le cul-de-sac de Douglas et l'on suture le péritoine à la lèvre postérieure de l'incision. Il est alors très facile d'attirer le fond de l'utérus dans la plaie. Une éponge montée étant placée dans le cul-de-sac péritonéal pour empêcher l'intestin de sortir, on fait la ligature par étages des ligaments larges, en commençant par le haut. On enlève simultanément les annexes, si c'est possible. Il ne reste plus qu'à détacher la vessie et à réséquer la paroi vaginale antérieure.

Le col étant fortement attiré en bas, on fait sur le vagin une incision en U à convexité répondant à l'urèthre, puis on détache la muqueuse depuis celui-ci jusqu'au col; ce qui se fait en partie avec les doigts, en partie au bistouri. Ce temps est quelquefois rendu difficile, spécialement lorsque des colporrhaphies anté-

(1) *Ann. Gynéc.*, 1894, p. 69.

rieures obligent à travailler en plein tissu cicatriciel. Une fois arrivé au col, on peut s'aider avantageusement dans le détachement de la vessie en opérant de haut en bas, c'est-à-dire par le cul-de-sac vésico-utérin. Si l'adhérence à la vessie était trop grande, on inciserait à travers le muscle utérin.

L'utérus enlevé avec les deux grands lambeaux de muqueuse vaginale, antérieure et postérieure, y attenant, on réunit transversalement les deux lèvres résultant de la résection de la paroi vaginale antérieure ; puis après avoir réduit la vessie, on recouvre celle-ci avec le péritoine vésico-utérin qu'on suture à la muqueuse vaginale. Les moignons des ligaments larges sont suturés au vagin de chaque côté. De cette manière, le peu qui reste de vagin est attiré en haut par le péritoine et surtout par les moignons des ligaments larges.

Pozzi (1) a fait subir à ce procédé d'assez notables modifications. Il commence par circonscrire au bistouri un grand lambeau triangulaire sur la paroi vaginale antérieure : son sommet répond au voisinage du méat urinaire et en est distant de deux à trois centimètres au plus. La base du triangle comprend dans son écartement le col utérin dont il longe les côtés. Un petit lambeau triangulaire analogue est dessiné au bistouri sur la paroi postérieure ; ces deux triangles inégaux se confondent par leur base et forment par leur ensemble un losange allongé d'avant en arrière.

Il dissèque alors aux ciseaux les deux lambeaux de la muqueuse du vagin. Pour faciliter ce temps, il faut placer une sonde d'homme dans la vessie et en promener le bec sous l'endroit qu'on dissèque. Il faut également bien tendre les parties à l'aide de pinces tire-balles fixées sur les limites du champ opératoire. Lorsque les deux lambeaux vaginaux sont disséqués et pendent en avant et en arrière du col, on se trouve dans les conditions de l'hystérectomie ordinaire, avec cette différence que la vessie affecte ici des rapports plus intimes et plus étendus avec le col de l'utérus élongé. Il dissèque aux ciseaux la vessie et, à mesure que le col utérin devient libre, il l'incise de bas en haut sur sa face antérieure et fixe les pinces sur la tranche de l'incision, de façon à abaisser de plus en plus l'organe. On peut ainsi arriver,

(1) *Annales de Gynéc.,* 1894, p. 201.

dans certains cas, jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin. Mais si l'on éprouve trop de difficultés, on doit renoncer à l'atteindre d'emblée et passer immédiatement au temps suivant. Celui-ci consiste dans l'ouverture du cul-de-sac de Douglas avec les ciseaux. Par cette ouverture on peut alors recourber les doigts en crochet par delà l'utérus et, grâce à cette manœuvre, déprimer le cul-de-sac vésico-utérin et parvenir à l'inciser. L'utérus étant ainsi complètement dégagé sur ses deux faces, on procède à la ligature des ligaments larges avec des fils de soie et à leur incision. On place d'abord un fil de chaque côté et à la partie inférieure des ligaments larges. On parvient ainsi à dégager suffisamment l'utérus pour pouvoir saisir sa face postérieure et le faire basculer d'avant en arrière pour achever de lier les ligaments larges de leur sommet à leur base.

Aucune manœuvre spéciale n'est nécessaire pour fixer le fond du vagin aux moignons des ligaments larges; le processus cicatriciel se chargera de ce soin.

Reste à réunir la large plaie vaginale qui laisse à découvert une grande partie de la surface de la vessie. En avant, cette réunion est faite au catgut, à l'aide d'une suture continue à trois plans superposés. En arrière, on place simplement quelques points séparés de suture au catgut de manière à réunir la plaie qui résulte de l'ablation du petit lambeau vaginal postérieur.

Avant de les serrer, on introduit une mèche de gaze iodoformée au niveau de l'espace qu'occupait l'utérus enlevé.

Enfin, dans un dernier temps, on pratique une périnéorrhaphie par dédoublement selon le procédé de Lawson Tait. « C'est là, je le repète, le point capital de l'opération, quoique par son peu de durée et sa facilité relative il paraisse n'être qu'accessoire (1). »

Tout récemment, M. Jacobs, de Bruxelles (2), découragé par les mauvais résultats fournis par les opérations plastiques et l'hystérectomie vaginale, suivie de la colpo-stricture, a imaginé une nouvelle opération pour la cure du prolapsus génital total, à laquelle il donne le nom de *Trachélopexie ligamentaire*. Cette opération comprend : 1° une cœliotomie; 2° l'ablation de l'utérus; 3° la trachélopexie proprement dite. Après l'ablation supravagi-

(1) Pozzi, p. 202.

(2). *Annales de l'Instit. Sainte-Anne*, t. I, 115, 15 juin 1890.

nale de l'utérus, pratiquée par la voie abdominale et suivie de la fermeture du moignon utérin, comme dans le procédé de Schneder — ablation facilitée par la position de Trendelenburg, — la trachélopexie consiste à réunir où à rattacher ce moignon de col aux ligaments larges aussi haut que possible. Une ou deux sutures sont passées dans l'épaisseur du col et ensuite dans les tissus qui forment le moignon supérieur des ligatures latérales. En serrant ces sutures, le col se relève et vient se placer au niveau de la partie supérieure des ligaments larges. Le prolapsus vaginal disparaît et ne peut plus se reproduire (Jacobs). Il est prudent cependant, pour éviter la chute de la partie inférieure de la paroi vaginale postérieure, lorsqu'il y a déchirure ou absence de périnée, de pratiquer en même temps la périnéorrhaphie. La première opération de M. Jacobs date du 14 janvier 1896 ; la dernière citée est du 11 avril dernier ; les résultats immédiats observés ont été très bons ; mais il est impossible de juger encore des résultats définitifs.

L'importance de cette opération, sa gravité possible entre des mains moins habiles que celles de son auteur, l'incertitude actuelle des résultats éloignés, nous obligent encore aujourd'hui à une grande réserve dans l'appréciation de cette nouvelle opération. C'est, croyons-nous, la dernière en date pour la cure des prolapsus génitaux, et c'est par elle que nous terminerons cette énumération longue et néanmoins forcément incomplète.

Il serait intéressant de pouvoir fournir une statistique des résultats fournis par les diverses méthodes et procédés opératoires. Malheureusement, il est impossible d'établir cette statistique d'une façon rigoureuse ; les cas sont trop différents les uns des autres pour que les chiffres puissent être considérés comme ayant une grande valeur. Il est trompeur de faire entrer dans le même compte les résultats fournis par les opérations dirigées contre le prolapsus complet et par celles qui ne s'adressent qu'aux prolapsus au premier ou au deuxième degré ; et cependant, dans les statistiques, il n'est pas fait mention de ces distinctions.

Je donnerai pourtant quelques chiffres qui peuvent donner une idée générale des résultats obtenus.

1° *Opérations plastiques*. Martin (*Traité de gynécologie*, 1893) accuse d'excellents résultats obtenus soit par son procédé, soit

par le procédé d'Hegar dans 85 p. 100 des cas. Landfried (1), sur 60 cas opérés soit par le procédé d'Hegar, soit par les opérations de la colporrhaphie antérieure, de l'excision conique du col et de la colpopérinéorrhaphie, exécutées dans une même séance, rapporte 47 guérisons et 16 récidives survenues après un temps plus ou moins long.

Dans une statistique importante d'opérations plastiques sur le vagin pratiquées à la clinique de Dresde, Munchmeyer (2), sur 180 femmes représentant 182 opérations, a pu observer les résultats éloignés sur 73 sujets et avoir des nouvelles de 66 autres. Sur 14 opérations portant sur la paroi vaginale antérieure seule, il compte 10 succès ; sur 55 portant sur la paroi postérieure seule, 46 guérisons ; dans les opérations ayant porté à la fois sur les parois antérieure et postérieure, sur 50 cas opérés en *un seul* temps, il compte 40 guérisons ; sur 20 cas opérés en deux temps, 17 guérisons. Les malades sont tenues au lit le plus longtemps possible, 24 jours en moyenne pour la colporrhaphie antérieure, 25 jours pour la postérieure ; 48 jours quand l'opération est faite en deux temps.

Niebergall (3), étudiant les opérations pratiquées à la clinique gynécologique de Bâle pour prolapsus de l'utérus, a rassemblé 50 cas de prolapsus traités par la colporrhaphie antérieure *double*, 60 cas par la colporrhaphie antérieure *simple* ; dans presque tous les cas, la colporrhaphie a été précédée d'une amputation du col. De toutes ces opérées 70 p. 100 à peu près ont été revues. La colporrhaphie *double* antérieure a donné 29 guérisons sur 34 opérées, soit 85,29 p. 100 ; la colporrhaphie antérieure simple n'a donné que 28 guérisons sur 36 opérées, soit 77,77 p. 100 ; la moyenne des guérisons pour les deux procédés ensemble est donc de 81,5 p. 100 pour les cas revus.

La colporrhaphie postérieure et la périnéorrhaphie ont toujours été pratiquées dans une deuxième séance, deux semaines après la première opération. Cette manière de procéder permet d'éviter une trop grande tension des tissus réunis et rend possible la formation d'une meilleure cicatrice. On a remarqué que la paroi

(1) Th. de Heidelberg, 1891.
(2) *Centralb. f. Gyn.*, 1891, p. 241.
(3) Thèse de Bâle, 1895.

antérieure du vagin résistait beaucoup mieux après l'opération de Fehling qu'après la colporrhaphie simple. De plus, l'opération en deux temps paraît donner d'excellents résultats.

J'ai moi-même, jusqu'au 1er janvier 1896, exécuté :

231 opérations plastiques sur le vagin et le périnée ;

22 périnéorrhaphies pour déchirure complète du périnée ;

20 colpopérinéorrhaphies avec amputation élevée du col ;

58 colporrhaphies antérieures et colpopérinéorrhaphies dans la même séance ;

131 colpopérinéorrhaphies.

Sans pouvoir donner les chiffres exacts des résultats, un grand nombre de malades ne pouvant être suivies et les suites éloignées nous faisant souvent défaut, je puis, d'après ce nombre d'opérations personnelles, fournir quelques considérations thérapeutiques intéressantes.

Les meilleurs résultats sont fournis par la réparation des déchirures *complètes* du périnée, alors même qu'elles s'accompagnent de rectocèle et de cystocèle accentuées. L'apparente contradiction de ces faits trouve son explication dans ces circonstances que : 1° les femmes atteintes de déchirure complète et tourmentées par les graves inconvénients qui en résultent se font en général opérer avant que le prolapsus vaginal et utérin ait eu le temps de se produire ou de se prononcer ; 2° que beaucoup de femmes à déchirures complètes ont des tissus solides et résistants qui permettent aux organes de rester en place, malgré la brèche périnéale.

Il y a moins de tendance au prolapsus chez une femme solide dont le périnée a été complètement déchiré par une tête trop volumineuse ou une application malheureuse de forceps, que chez une femme à tissus flasques, dont les parois vaginales se sont laissé distendre outre mesure, ont subi une mauvaise involution et ne sont pas revenues sur elles-mêmes. Comme je l'ai déjà dit, il y a dans ces cas une véritable *dystrophie* des tissus ; et, malgré la similitude des lésions, le prolapsus ne se produira pas fatalement chez toutes les femmes, et comme je le dis quelquefois sous une forme un peu humoristique, « n'a pas un prolapsus qui veut ».

Les meilleurs résultats sont ensuite fournis par les opérations plastiques combinées avec les amputations élevées du col, bien

qu'il s'agisse dans ces cas de prolapsus très avancés ou complets. La cicatrice qui succède à l'ablation de 4 à 5 centimètres du col et la rétraction qui se produit dans le tissu péri-utérin maintient l'utérus d'une facon très solide et, dans ces cas, s'il y a une tendance à la récidive, je ne l'ai jamais vue se produire pour l'utérus; c'est la paroi vaginale antérieure ou postérieure qui se prolabe de nouveau plus ou moins, sans pouvoir arriver à faire redescendre l'utérus. Ce sont ces cas de prolapsus avancé traités par les opérations combinées sur l'utérus et le vagin qui donnent la moyenne la plus élevée de résultats définitifs.

Pour la colporrhaphie antérieure et postérieure et les colpopérinéorrhaphies, les succès éloignés, suffisants au point de vue fonctionnel, peuvent être estimés à 90 p. 100. Il est nécessaire de remarquer que les malades sont tout à fait soulagées et peuvent se livrer à leurs occupations, après une bonne restauration des parois vaginales, alors même que l'utérus reste encore légèrement abaissé. J'ai déjà signalé le même fait pour la rétro-déviation utérine; dans quelques cas, tous les troubles disparaissaient après une bonne colpopérinéorrhaphie, alors même que l'utérus conserve sa mauvaise attitude.

Au point de vue de la forme extérieure, c'est-à-dire de la reconstitution de la hauteur totale du périnée, de la fourchette, de l'absence complète d'une légère saillie de la paroi antérieure au moment de l'effort, on peut évaluer les résultats définitifs à 75 à 80 p. 100. Mais il est important de faire remarquer que malgré ces imperfections de la forme, le résultat utile est atteint lorsque les parois vaginales sont en contact derrière le périnée. Ces imperfections tiennent soit à un mauvais détail de technique, au défaut de hauteur dans l'avivement latéral, soit à une mauvaise réunion de la suture, soit à sa désunion dans les quelques jours qui succèdent à l'ablation des fils.

2° *Hystéropexie ; vagino-fixation.* — Rauhüt (*Dissert. inaugur.* Halle, 1895), sur 55 hystéropexies pratiquées par différents opérateurs contre des prolapsus utéro-vaginaux, relève 3 morts, c'est-à-dire 5,4 p. 100. Sur 50 cas revus, on a observé :

Récidives	19	p. 0/0
Améliorations	15	»
Guérisons	60	»

En cas de récidive c'est la paroi vaginale antérieure qui descent à nouveau, alors même que l'utérus reste élevé et fixé.

Il n'est guère possible de juger encore des résultats fournis par la *vagino-fixation* de Dührssen-Mackenrodt, appliquée au traitement du prolapsus. Fehling l'a pratiquée 11 fois dans des cas graves ; il a pu se convaincre que l'opération était longue et laborieuse, s'accompagnait d'une perte de sang abondante et ne pouvait être terminée que par une colporrhaphie antérieure simple et une périnéorrhaphie, la colporrhaphie antérieure double étant rendue impossible par les manœuvres préalables.

3° *Hystérectomie.* — Dans ce même travail, Raühüt a rassemblé 137 cas d'extirpation totale de l'utérus contre le prolapsus, avec 14 morts, soit 10 p. 100 de mortalité, et les résultats suivants :

Récidives..........................	8,8 p. 100 des cas
Amélioration notable................	15,8 »
Guérison complète..................	77,4 »

A. FOLLOT (Lille) lit une partie du mémoire qu'il a déjà publié sur ce qu'il appelle la *cure radicale du prolapsus utérin.* Il attache une grande importance physiologique à certaines fibres du releveur de l'anus qui, parties du pubis, contournent le vagin en sautoir et viennent le soutenir comme une véritable sangle. Partant de cette idée, il pratique la dissection du vagin, décolle la base des ligaments larges, procède à la ligature des deux artères utérines, a recours à l'amputation partielle du col. Il laisse cette vaste plaie se réunir par du tissu cicatriciel, dont la rétraction agit sur les fibres musculaires du releveur et les accole. L'utérus s'atrophie au point que sa cavité ne mesure plus que 2 centimètres, et si l'on a eu soin de pratiquer une bonne périnéorraphie, on peut dire que l'on obtiendra la guérison définitive du prolapsus.

REYNIER. — M. le Dr Bouilly m'a cité en disant que dans la pathogénie du prolapsus utérin, que j'ai bien le soin de distinguer des prolapsus vaginaux, j'avais accusé surtout la sénilité du système nerveux.

En effet, je crois que chez les gens âgés, passé la ménopause,

(1) RICHELOT. (Voir plus haut.)

c'est par le fait d'un fonctionnement insuffisant du système nerveux, produisant la perte de la tonicité musculaire, que se font ces ptoses multiples, dont le prolapsus utérin est un des types les plus remarquables.

Chez les femmes jeunes, ce n'est plus la sénilité que j'accuse, mais une débilité particulière du système nerveux qui peut être amenée par la grossesse, le surmenage, un état général appauvri par les excès ou la maladie. Quelquefois même, c'est un trouble inopiné et temporaire du système nerveux qui se produit. Par le fait de ce trouble, le releveur de l'anus, soit qu'il ait perdu sa tonicité, soit qu'il se soit atrophié, ne remplit plus son rôle de sphincter, fermant par en bas la cavité abdominale, et no soutenant plus l'utérus, le laisse se prolaber.

De ces troubles survenant brusquement je viens vous donner des exemples bien probants des idées que je défends et montrant bien l'action de ce muscle releveur, en vous parlant aujourd'hui des prolapsus utérins chez les vierges.

Les prolapsus de l'utérus chez les vierges sont peu connus, bien qu'ils aient déjà été signalés par Mac-Clintock et Barnes dans leurs traités de maladies des femmes et depuis par de Sinéty et Pozzi, qui n'ajoutent aucun fait nouveau, ne faisant que rappeler les cas cités par Barnes, de Munde, Hadra, de Roberon et Whitehead de Manchester.

Dans trois cas cités par Mac-Clintock, le prolapsus s'était produit chez des vierges, à la suite d'efforts de défécation nécessités pour surmonter un rétrécissement organique du rectum. L'existence du rétrécissement montre que nous avions affaire à des vierges un peu mûres, où la sénilité du système nerveux peut être accusée.

Dans les autres cas cités par Barnes, les prolapsus s'étaient produits à la suite d'une attaque d'épilepsie, d'une chute sur le siège, d'une peur violente (Roberon et Whitehead de Manchester), c'est-à-dire d'accidents ayant un retentissement immédiat sur la moelle.

Dans les trois cas personnels dont je veux vous parler, les choses ne se sont pas passées ainsi.

Deux fois, le prolapsus utérin a été causé par une infection dans laquelle la moelle, d'une façon très évidente, était prise.

Dans les deux cas, l'infection était une fièvre typhoïde.

1° Jeune fille de 29 ans qu'on m'amène à l'hôpital Tenon, où j'étais alors, dans un état comateux, ne répondant pas, ou mal, aux questions, incapable de nous fournir aucun renseignement.

L'utérus était complètement prolabé, à travers un hymen intact. Les parents qui nous l'amenaient nous dirent, en effet, que la jeune fille était vierge et sage. Depuis dix jours, elle était malade, alitée avec la fièvre. Il y avait trois jours que ce prolapsus s'était produit, sans qu'on pût dire comment.

La malade ne toussait pas, elle avait la diarrhée.

Après avoir réduit difficilement ce prolapsus et essayé de le maintenir avec un tampon d'ouate et un bandage, nous fîmes passer cette femme, étant donné son état général, dans un service de médecine où elle mourait deux jours après. A l'autopsie, on trouva les lésions intestinales bien caractéristiques de dothiénentérie.

2° Jeune fille appartenant à une très bonne famille, très sage, vierge, qui fut atteinte d'une fièvre typhoïde avec état comateux grave, stupeur. Elle guérit. Pendant la convalescence, elle n'était pas encore levée; sous l'influence d'un accès de toux, il se produisit un prolapsus utérin dont on ne s'aperçut que quand l'utérus était prolabé hors de l'hymen. Le médecin, qui est mort à l'heure actuelle et qui la soignait alors, le Dr Grange réduisit la tumeur, mais l'utérus tendant à se prolaber, il eut alors recours, quand la malade fut un peu plus forte et guérie de sa fièvre typhoïde, à des injections de tannin pour resserrer les tissus; mais l'utérus continuant à se prolaber, il ordonna des immersions du siège dans l'eau froide.

Tous les matins, dans un bain presque glacé, on plongeait par le siège la malade, malgré ses cris, car ce traitement lui était très désagréable. Je tiens ces renseignements complémentaires de la malade qui vit toujours, ne s'est pas mariée, et je puis attester toujours la virginité.

Sous l'influence de ce traitement prolongé pendant deux mois, l'utérus cessa de se prolaber et resta réduit. La malade est aujourd'hui âgée de 58 ans, son prolapsus ne s'est pas reproduit.

Dans une troisième observation, c'est à la suite du surmenage, sous l'influence d'effort prolongé, exagéré mais où encore le rôle du sytème nerveux est bien manifeste, que le prolapsus s'est produit.

3° Fille de ferme d'une intelligence obtuse, mangeant mal, couchant dans l'étable ; elle était maigre, chétive. Un jour, on s'amusa à lui faire porter un sac de pommes de terre dans lequel on avait mis, à son insu, de grosses pierres. Elle se força et à moitié chemin, n'en pouvant plus, elle sentit l'utérus lui descendre entre les jambes.

Un mois après, cette fille entrait dans mon service.

L'utérus, au moindre effort, se prolabait hors le vagin, à travers l'hymen intact.

Je lui fis une hystéropexie avec colpopérinéorrhaphie.

La malade sortit, son utérus se maintenait.

Tels sont les faits que j'ai cru devoir vous relater, faits qui montrent bien que le prolapsus utérin peut se produire sans qu'il y ait déchirure du périnée et qu'il est causé surtout par le relâchement des fibres musculaires de soutien de l'utérus, fibres qui dépendent, comme l'avait montré avant moi Trélat, du releveur de l'anus.

Une de mes observations montre qu'en employant tout ce qui peut rétablir la tonicité musculaire, massage, hydrothérapie, on peut, quand l'affection n'est pas encore trop ancienne, obtenir, par ces moyens, de bons résultats.

ED. SCHWARTZ. — Je laisserai de côté les méthodes de douceur : notre savant rapporteur en a parlé dans le sens où j'abonde moi-même. Les pessaires, les massages, etc., peuvent rendre de réels services dans les prolapsus au début : ils peuvent amener la guérison dans les formes légères ; dans les formes graves, ils ne seront jamais que des moyens inutiles, sinon nuisibles. Dans certaines variétés, ils constitueront par contre l'unique ressource du malade et du chirurgien.

La grande majorité des prolapsus génitaux, lorsqu'ils ne sont pas compliqués, sont justiciables, même dans leurs formes avancées, des opérations plastiques, sur le périnée et le vagin.

La colpopérinéorrhaphie postérieure d'après le procédé d'Hegar, plus ou moins modifié suivant les circonstances, nous a le plus souvent donné d'excellents résultats immédiats et permanents.

Lorsque la cystocèle est notable, nous faisions, avant la colpopérinéorrhaphie postérieure, une élytrorrhaphie en taillant dans la paroi antérieure un large lambeau ovalaire à diamètre antéro-postérieur ; des fils de catgut n° 3, avec deux ou trois fils de soie pour empêcher la désunion par résorption trop rapide, réuniront les deux lèvres de la plaie et passeront en même temps dans le plan profond de façon à éviter la formation de toute cavité pouvant retenir des liquides et favoriser le bâillement de la suture.

Pour peu que le col soit atteint de métrite cervicale hypertrophique, qu'il y ait de l'endométrite, avec ou sans ectropion, ce qui

est trés fréquent, on fera précéder les deux interventions que nous venons d'indiquer, du curettage, puis de l'amputation, soit biconique de Simon, soit à lambeau de Schrœder, soit encore de l'évidement conoïde d'Huguier.

Les opérations que nous avons pratiquées de la sorte sont au nombre de 70. La guérison opératoire par réunion immédiate est la règle, avec les précautions d'antisepsie actuelles. Dans une vingtaine de cas, la colpopérinéorrhaphie nous a paru suffire; il s'agissait de prolapsus légers avec peu de cystocèle, peu ou pas de colpocèle postérieure. Dans les autres cas, nous avons combiné les interventions : curettage, amputation du col, puis élytro- et colpopérinéorrhaphie.

Nous avons eu à déplorer une mort chez une femme dont les reins étaient polykystiques et qui a succombé très rapidement avec des phénomènes d'urémie; rien ne nous avait, pendant la vie, dévoilé la lésion grave de son appareil urinaire.

Qu'il s'agisse de prolapsus génitaux par insuffisance périnéale, après une déchirure du périnée, qu'il s'agisse de prolapsus par relâchement des tissus, les règles essentielles, à notre avis, pour réussir sont : 1° de paraître toujours faire trop pour arriver à faire assez; 2° de se rendre un compte exact des lésions complexes du prolapsus pour s'attaquer à tout ce qui est abordable et attaquable. Le résultat opératoire peut être atteint, à moins de conditions exceptionnelles, dans une seule séance; mais l'on aura soin, si l'on veut obtenir un résultat définitif, de ne pas permettre aux opérées de se lever trop tôt et de se livrer trop vite à leurs occupations; un séjour de trois semaines au lit nous a paru absolument nécessaire pour permettre aux tissus de se reconstituer suffisamment au point de vue de la résistance.

Nous n'avons pu revoir toutes nos opérées, mais du moins un certain nombre d'entre elles, et, entre autres, beaucoup de celles opérées en dehors de l'hôpital depuis 2, 3, 4, 5 et même 7 ans. Nous pouvons affirmer que les résultats sont bons, sinon parfaits, dans la grande majorité des cas. La cystocèle est certainement la plus rebelle; derrière un périnée large et résistant, on voit ou on sent assez souvent la paroi antérieure bomber sous l'influence de l'effort, de la toux, mais le col reste élevé et, en somme, les inconvénients du prolapsus n'existent plus. Lorsque nous avons observé une récidive, presque toujours nous avons laissé passer

inaperçu un des facteurs du déplacement; tel est le cas d'une de nos opérées, chez laquelle la rechute se produisit six mois après une large colpopérinéorrhaphie avec élytrorrhaphie; nous reconnûmes qu'il se développait dans l'utérus un fibrome qui ne s'était pas manifesté alors.

C'est dire que les prolapsus compliqués ne se présentent pas dans les mêmes conditions que les prolapsus simples. Nous désignerons ainsi ceux où l'utérus en totalité est hypertrophié ou porte un fibrome ou une tumeur d'une autre nature; ceux où l'utérus est rétroversé, rétrofléchi et prolabé en même temps; ceux encore où l'organe tout entier est hors de la vulve et où il existe en même temps des signes de ptose abdominale plus ou moins accentués. Nous avons eu à intervenir pour 9 prolapsus de cette nature.

Dans ces cas de prolapsus compliqués, les opérations anaplastiques sur le périnée et le vagin ne suffisent plus. Lorsque les prolapsus paraissent en rapport immédiat avec la présence d'une tumeur, c'est à l'hystérectomie vaginale qu'il faudra s'adresser, et elle seule, indiquée bien plutôt par l'existence de la tumeur que par le prolapsus qui est secondaire, amènera presque toujours un bon résultat.

Lorsque le prolapsus accompagne une rétrodéviation et que rien en dehors de ces deux lésions n'indique la castration utérine, lorsque l'utérus est peu volumineux et que les annexes sont intactes, il nous paraît que l'hystéropexie abdominale dans les cas avancés, l'opération d'Alexander dans les cas moins sérieux, combinées à une intervention sur le périnée et le vagin, réunissent les meilleures conditions de succès.

Quand on a affaire à des prolapsus très avancés, avec utérus peu ou pas volumineux, l'hystéropexie abdominale seule nous paraît une opération absolument insuffisante; c'est là une vue non basée sur les quelques faits que nous avons pu observer, mais sur la connaissance de cas nombreux publiés. Cela sera d'autant plus vrai que très souvent la paroi abdominale flasque n'offrira aucune résistance à la traction exercée par l'organe qui est suspendu. L'hystérectomie vaginale totale est une ressource à employer dans ces cas, lorsque les femmes ont atteint la ménopause; mais il nous semble qu'elle ne doit être que l'opération préliminaire à une large colpopérinéorrhaphie ou à des élytrorrhaphies destinées à empêcher la chute consécutive du vagin.

Enfin, il est des cas, surtout lorsqu'ils se présentent chez des femmes à tissus relâchés, dont la vitalité est vite amoindrie, où toutes les interventions sont frappées d'échec, du moins au point de vue du maintien complet du prolapsus. La rédicive est certaine à une échéance plus ou moins reculée qui dépend en grande partie de l'état social de l'opérée, exigeant un plus ou moins grand développement d'effort. Les pessaires spéciaux, les ceintures à support, nous paraissent alors les seules ressources à mettre en usage.

PÉAN. — J'admets : 1° un prolapsus utérin simple, type, dans lequel l'utérus est seul abaissé dans le vagin, sous l'influence d'une cause accidentelle; 2° un prolapsus utérin compliqué : a) de chute concomitante ou isolée de la vessie ou du rectum, dans laquelle l'organe descend plus ou moins bas à travers le vagin ou même la vulve, b) de déchirure complète ou incomplète du périnée, c) de relâchement total du plancher du bassin, d) de maladies de l'utérus et des annexes.

Dans le cas de prolapsus utérin *simple*, les *pessaires* en aluminium suffisent à rétablir le fonctionnement normal et même à guérir, à la longue, la déviation.

Quand le prolapsus utérin est *compliqué* de *cystocèle* ou de *rectocèle*, sans déchirure du périnée, le pessaire suffit encore, dans bon nombre de cas, pour faire disparaître les souffrances. Mais il est des malades chez lesquelles les douleurs et les troubles fonctionnels persistent. Il faut alors recourir à la *colpopérinéorrhaphie* et à la *colporrhaphie* antérieure.

Lorsque le prolapsus utérin est compliqué de *déchirure* peu étendue de la *vulve* et du *périnée*, les malades refusent parfois l'intervention sanglante et se contentent des pessaires métalliques.

Quand la déchirure du périnée est *totale*, allant parfois jusqu'à intéresser la cloison vaginale, les pessaires simples ne rendent plus aucun service; il faut les remplacer par des *pessaires à tige*, véritables hystérophores, maintenus par des sous-cuisses, qui prennent leur point d'appui sur une ceinture abdominale. Malheureusement, ces appareils prothétiques sont d'un entretien difficile, et mal supportés.

En pareil cas, la *colpopérinéorrhaphie* constitue une ressource précieuse et suffit souvent, à elle seule, pour faire disparaître les

accidents morbides. Depuis plus de 30 ans, nous y avons eu recours dans des centaines de cas. Elle nous a toujours permis d'obtenir des améliorations importantes, souvent même une guérison durable sans que nous ayons jamais vu apparaître la moindre complication locale ou générale.

Le manuel de notre procédé varie, nécessairement, suivant le degré de prolapsus utérin, de cystocèle ou de rectocèle.

Si le prolapsus qui est accompagné de déchirure périnéale est léger, si les parois du vagin sont étroites, résistantes, nous nous contentons de faire une *colpopérinéorraphie*, en avivant, et en suturant seulement le périnée et la moitié inférieure du vagin.

Si, au contraire, toutes les parties molles qui entrent dans la composition du plancher pelvien, du vagin et du périnée, sont très relâchées, et si le prolapsus est complet, nous faisons remonter l'avivement plus haut et nous excisons la muqueuse de la paroi postérieure du vagin jusqu'au col de l'utérus. La perte de subtance produite par cet avivement est habituellement médiane, verticale, un peu élargie à la partie supérieure. Chez quelques malades nous l'avons fait bifide, en haut, en poursuivant l'avivement de chaque côté du col et en laissant intacte, dans l'intervalle, une surface de muqueuse saine, triangulaire, à base supérieure. L'avivement le plus simple et qui nous a paru le meilleur consiste, après avoir avivé la vulve de chaque côté, à poursuivre l'excision de la muqueuse verticalement, sur le milieu de la face postérieure, de façon à donner à la perte de substance la forme d'un rectangle, dont les deux faces étroites correspondent : l'inférieure au périnée ; la supérieure, au cul-de-sac utéro-vaginal postérieur. S'il existe une cystocèle concomitante et un peu étendue, nous avons soin de pratiquer, à la suite, une *élytrorrhaphie antérieure*.

Chez quelques malades, qui n'avaient pas un prolapsus très complet, il nous est arrivé, en faisant la *colpopérinéorrhaphie*, de ne pas aviver la partie supérieure du vagin et de remplacer, en ce point, la perte de subtance de la muqueuse, par une série de sutures à anses séparées, semi-circulaires, transversales, profondes à étages. En serrant fortement ces fils, je produisais une série d'ulcérations circulaires, qui formaient, à la longue, autant de cicatrices de soutènement à l'utérus.

Prengrueber qui nous avait vu appliquer, à l'hôpital Saint-Louis, ce procédé, auquel nous avions donné le nom de *vagino-fixation*,

en a fait une description détaillée, dans le *Bulletin médical*, en 1883. Il nous a semblé que les auteurs qui l'ont mentionné lui ont prêté une trop grande importance, car nous n'avons jamais jugé qu'il fût capable, à lui seul, de remplacer la *colpopérinéorrhaphie*. Nous ne l'avons jamais donné que comme une méthode adjuvante, d'intérêt secondaire.

Lorsque le prolapsus est compliqué *d'hyperthrophie sus et sous-vaginale du col*, il est indiqué d'en faire la *résection* supra-vaginale, non pas transversalement, mais en forme de V, de façon à conserver la muqueuse intra-utérine au-dessus de la section et à pouvoir la suturer au vagin. On évite ainsi tout rétrécissement cicatriciel. S'il y a eu en même temps rectocèle, cystocèle, on fait l'élytrorrhaphie antérieure et postérieure et on suture les lèvres de l'utérus au sommet des pertes de substance faites à la muqueuse vaginale.

Lorsque le prolapsus est compliqué de *rétro-déviation* du corps, la résection du col donne encore d'excellents résultats chez un certain nombre de malades et permet, en cas de nécessité, de faire, quelques semaines après, l'hystérectomie vaginale.

Lorsque le prolapsus est compliqué d'une *endométrite ancienne*, hémorrhagique ou non, ce qui est la règle, il faut combattre cette dernière par les moyens habituels, avant de recourir à tout autre mode de traitement chirurgical.

Si l'endométrite est rebelle, s'il s'y ajoute une métrite parenchymateuse chronique et des crises fréquentes de pelvi-péritonite à répétition, il ne faut pas craindre, si les chances de fécondation sont supprimées, à plus forte raison si la malade à atteint la ménopause, de recourir à *l'hystérectomie vaginale*. Celle-ci est encore plus indiquée lorsque l'inflammation s'est propagée aux annexes et a produit des désordres bilatéraux assez graves pour supprimer, définitivement, les chances de fécondation et menacer la vie.

Lorsque le prolapsus est compliqué d'une tumeur interstitielle *du corps de l'utérus*, kystique ou fibromateuse, dont l'ablation est facile, en s'aidant uniquement de *l'hystérotomie vaginale*, il faut enlever d'abord le néoplasme et ne traiter que plus tard le prolapsus. Mais s'il s'agit de fibromyômes multiples, donnant lieu à des troubles fonctionnels dangereux, incurables et dont l'ablation produirait, dans le corps ou le fond de l'utérus, des désordres trop graves pour permettre de conserver cet organe, mieux vaut terminer l'opération

par la *castration totale*. Il en sera de même *à fortiori*, si le prolapsus est compliqué de sarcome ou d'épithéliome.

Il importe, quand on pratique l'hystérectomie vaginale, dans ces conditions, de savoir que l'utérus à mesure qu'il s'abaisse dans le vagin, *entraîne avec lui la vessie*, bien plus que le rectum, si bien que souvent nous avons trouvé les parois vésicales à la surface même de l'orifice vaginal du col. Aucun auteur n'a signalé ce fait sur lequel, depuis des années, nous attirons l'attention de ceux qui nous font l'honneur d'assister à nos leçons cliniques. Pour éviter alors de léser la vessie et les uretères, nous avons toujours soin, avant de disséquer le col, de faire le débridement bilatéral du vagin et de sectionner la muqueuse qui la recouvre, le plus près possible de l'orifice inférieur du museau de tanche, et de poursuivre la dissection, de bas en haut en rasant de près la tunique musculaire. Ces précautions, on le conçoit, sont surtout indispensables, lorsque le prolapsus se complique d'épithélioma du col.

Quelques auteurs prétendent que, lorsque le prolapsus est compliqué de cystocèle et de rectocèle, l'hystérectomie vaginale, lors même qu'elle est indiquée, *donne des résultats peu satisfaisants*, parce qu'elle ne les fait pas disparaître en même temps. Pour obvier à cette imperfection, nous faisons l'élytrorrhaphie antérieure et postérieure. Nous avons pratiqué la castration vaginale totale, pour des affections de nature diverse, sans faire en même temps l'élytrorrhaphie, pour remédier à la cystocèle et à la rectocèle; nous avons vu ces dernières disparaître spontanément au bout d'une ou plusieurs années.

Le Gérant : G STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1896

TRAVAUX ORIGINAUX

LE PROFESSEUR JOSEPH-ALEXIS STOLTZ (1)

Doyen honoraire de la Faculté de médecine de Nancy,
Associé de l'Académie de médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Correspondant de la Société obstétricale de Londres.

SA CARRIÈRE ET L'ANALYSE DE SES TRAVAUX

Par son élève et collègue **Fr. Jos. Herrgott,**
Professeur honoraire de la Faculté de médecine de Nancy,
Lauréat et correspondant de l'Institut,
Associé de l'Académie de médecine.

A la suite du tableau que Stoltz a tracé de la clinique obstétricale de Strasbourg, donné plus haut, le professeur fait l'analyse de la thèse de M. Rothell, *sur une grossesse tubaire, grossesse extra-utérine et tumeur fibreuse de l'utérus*, soutenue le 1er avril 1844 (voyez *Gazette médicale de Strasbourg*, 1844, p. 184 et suivantes). Dans le cas particulier, c'est la présence d'un corps fibreux dans l'utérus qui a empêché la descente de l'ovule fécondé dans la matrice; mais quant au traitement réel et efficace, il ne pouvait même pas être soupçonné; l'obstétricie actuelle enrichie par les immenses progrès réalisés depuis peu, a été mise en mesure de dicter le traitement.

(1) Voir le numéro de novembre 1896, p. 505.

Hernie vagino-labiale. — Le premier et le dernier numéro de la *Gazette médicale de Starsbourg* (1845, p. 1, 390) renferment une intéressante étude d'une affection que Stoltz voyait pour la première fois, *une hernie vagino-labiale* qu'il décrit avec soin. Chez une dame enceinte pour la troisième fois, il trouva la grande lèvre droite plus volumineuse que la gauche ; elle devenait plus grosse sous un léger effort et se réduisait facilement ; pour apprendre si la hernie était inguinale, il ferma l'anneau avec le pouce après avoir réduit la hernie et engagea le malade à tousser ; sans que le doigt placé sur l'anneau inguinal eût été déplacé, la tumeur se reproduisit, la hernie ne passait donc pas par l'anneau inguinal, car la tumeur se trouve à la partie supérieure et interne de la cuisse, séparée de la vulve par la largeur d'un doigt. Après avoir réduit de nouveau l'intestin, il introduisit le médius de la main droite dans le vagin, comprimant la paroi vaginale contre le corps de l'ischion droit, la hernie ne se reproduisit pas. L'intestin ne pouvait être arrivé dans la partie la plus déclive de la grande lèvre qu'en glissant le long du vagin et de l'ischion et par une ouverture qu'il s'était frayée à travers le muscle releveur de l'anus.

Fort embarrassé, Stoltz consulta les auteurs et finit par trouver dans le traité des maladies chirurgicales de Boyer une description d'un cas analogue ainsi que dans les œuvres chirurgicales d'Astley Cooper, etc. Il put réunir sur cette lésion-là les documents suivants : « Chez la femme le « muscle transverse du périnée, beaucoup plus développé « que chez l'homme, surtout à son extrémité interne, où il « s'épanouit en éventail, donne beaucoup de résistance au « releveur de l'anus qu'il sépare pour ainsi dire en deux « portions, une antérieure et une postérieure. La pre- « mière plus étroite, correspond à la grande lèvre ; la « seconde, beaucoup plus étendue, à la marge de l'anus. « Suivant que la partie qui descend vers le périnée passera « *au-devant* ou *derrière* le ligament large de la matrice, elle « longera le vagin ou le rectum, éraillera le releveur de

« l'anus en avant ou en arrière, passera devant ou derrière « le transverse du périnée, et formera une hernie vagino-« labiale ou une hernie périnéale proprement dite... ce « n'est pas, dit Stoltz, que j'aie eu occasion de vérifir cette « différence d'origine de la hernie vulvaire sur le cadavre, « puisque je n'ai vu qu'un cas de la première chez le vivant; « mais l'inspection anatomique des parties fait voir qu'il « doit en être ainsi, c'est-à-dire qu'autant de fois que l'in-« testin descendra derrière le ligament large, et se fera « jour derrière le muscle transverse, il y aura une hernie « périnéale, et autant de fois qu'il glissera au-devant, il « descendra dans la grande lèvre, et la hernie sera vagino-« labiale... J'ai vu guérir (p. 401) la hernie par la cessation « de la cause probable: la grossesse. Mme P... n'a pas vu une « seule fois la grosseur de la lèvre dans l'intervalle de ses « deux dernières gestations, ni depuis qu'elle est accouchée, « quoiqu'elle ne prenne aucune précaution pour l'éviter et « qu'elle ne porte aucune espèce de bandage. »

Nous regrettons que la nature du travail auquel nous nous sommes livré ne nous ait pas permis de suivre l'auteur dans ses longues et laborieuses recherches qui seront lues avec le plus grand intérêt par les chirurgiens qui voudront étudier cette importante question.

Dans la même année, Stoltz a fait l'examen de la critique du nouveau forceps de Hermann. Nous avons dit notre pensée sur la construction de cet instrument (*Hist. de Siebold.* Trad. Appendice, p. 82) qui permet d'appliquer la traction dans plusieurs directions.

En parcourant l'année 1845 de la *Gazette médicale* nous avons trouvé un feuilleton non signé, mais que l'Index du journal attribue à Stoltz. Ce feuilleton porte le titre : « *Édit de 1707 sur l'Étude et l'exercice de la médecine en France.* »

« Un pur hasard, dit l'auteur, m'a fait jeter les yeux, il y « a quelque temps, sur un recueil d'édits royaux et de lettres « patentes concernant les universités de France du siècle

« dernier. Dans le recueil, j'ai vu un édit du roi Louis XIV, « portant règlement pour l'étude et l'exercice de la méde- « cine, donné à Marly, au mois de mars 1707. J'ai trouvé « cette loi si réfléchie, si bien combinée et si sage, qu'il m'a « semblé intéressant d'en rappeler les principaux articles « dans un moment où le monde médical est agité par la « fièvre de réforme (1846), de réorganisation, où tout est « remis en question et où l'on émet des avis si différents et « si contradictoires. »

Cette revue de la législation médicale de 1707 se termine ainsi :

« En exhumant quelques-uns des articles d'une loi su- « rannée, jai voulu faire voir qu'à une époque de souverai- « neté royale, les affaires médicales étaient mieux régle- « mentées qu'aujourd'hui, et sans le moindre despotisme. « Puisse la *trente-troisième commission des hautes études* « médicales actuellement (1846) réunie à Paris, nous faire « une loi aussi bonne, aussi juste et aussi utile. »

Éthérisation appliquée à la pratique des accouchements (p. 103). — Les premiers essais faits en Amérique furent tentés peu après en Angleterre. Velpeau communiqua son premier essai à l'*Académie des sciences*, le 1er février 1847. La première expérience de P. Dubois remonte au 8 février, c'est le 5 mars que Stoltz en fit l'essai à la clinique, et une seconde fois le 10 mars; il constate que pendant l'anesthésie, la matrice et les muscles abdominaux continuent à se contracter régulièrement, comme Simpson l'avait constaté plusieurs fois, notamment le 28 février.

Les faits obtenus jusqu'à présent, dit Stoltz sont très importants; les facultés intellectuelles et sensorielles sont assoupies, endormies, par conséquent il n'y a pas de douleurs dont la malade garde le souvenir, la matrice continue à se contracter comme avant l'éthérisation; il est même probable qu'elle acquiert plus d'énergie et il n'y a pas d'accident à craindre ni du côté de la femme ni de celui de l'enfant, si on procède avec ménagements et circonspection.

Il faut constater avec reconnaissance l'empressement du professeur à étudier ce moyen nouveau si précieux, et à en faire profiter l'art, ainsi que la rectitude de son jugement que la suite a confirmée.

Dans le n° 9 de la *Gazette médicale de Strasbourg* (1851, p. 273), se trouve une observation d'*hydrocéphalie* chez un nouveau-né, rapportée par Stoltz, intéressante par elle-même et par les considérations qu'il y a ajoutées. En pareils cas, on sait actuellement qu'on peut remédier à la dystocie par une ouverture faite à la colonne vertébrale, ainsi que van Huevel l'a indiqué et par l'introduction d'une sonde dans la cavité crânienne suivant le procédé de Tarnier employé plusieurs fois avec succès, comme cela est représenté dans la thèse d'agrégation du Dr Al. Herrgott (1).

En examinant avec soin l'enfant, Stoltz constata un spina-bifida dans les six dernières vertèbres dorsales et les cinq vertèbres lombaires, une matrice bifide. A l'hydropisie cérébrale méningée était donc jointe une hydropisie rachidienne.

Stoltz publie dans le n° 4 de la *Gazette médicale de Strasbourg* (1847, p. 147) une analyse très soignée de l'excellent *Manuel des accouchements* par Jacquemier (2 vol. in-8°). Dans le même numéro se trouve (p. 153) un mémoire sur les *perforations du col de l'utérus et les fistules vésico-utérines et entéro-abdominales à la suite de l'accouchement*. L'observation de cette accouchée est fort curieuse, et très instructives sont les remarques qui l'accompagnent.

La fille M..., âgée de 34 ans, d'une stature moyenne, entre à l'hôpital le 18 mars 1828, enceinte pour la troisième fois et parvenue au commencement du 9e mois; elle déclare que les deux premières couches ont été heureuses, mais qu'elle a souffert beaucoup chaque fois; le 12 avril, arrivée à terme, elle sentit les douleurs de l'enfantement, deux heures après

(1) *Des maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement.* Paris, 1878, fig. 1, p. 109.

les membranes se rompirent; la tête en occipito-postérieur droit ne tarde pas à plonger dans l'excavation et même à l'occuper entièrement; on s'attendait à voir le travail se terminer promptement, mais malgré la violence des contractions il n'avançait pas, la tête se tuméfia au point de faire saillie à la vulve; ce n'est qu'après douze heures d'efforts que l'enfant naquit dans un état d'asphyxie; sa respiration ne s'établit jamais complètement et il mourut au bout de trois jours. A l'exception de douleurs et de la fatigue bien naturelle, l'accouchée n'éprouva rien d'extraordinaire.

A la fin du troisième jour, il se déclara une hémorrhagie qu'on eut beaucoup de peine à maîtriser; dans la nuit survint de la diarrhée sans coliques et un gonflement du ventre, chaleur et fièvre, puis signes caractéristiques de péritonite et la mort le 24e jour. Il s'était, dès le 3e jour, déclaré une incontinence d'urine complète; on chercha vainement à déterminer le siège exact de la lésion qui l'avait occasionnée. L'utérus et ses annexes, la vessie et le rectum furent extraits du cadavre, le canal de l'urèthre et la vessie furent fendus dans toute leur longueur. Aussitôt on fut frappé par la vue d'un orifice arrondi placé en arrière du col, dans le bas-fond du trigone vésical; une grosse sonde pouvait facilement y être engagée; on introduisit la sonde dans l'orifice vésical et après quelques tâtonnements on reconnut que l'instrument était arrêté dans la cavité du col utérin, on put le faire sortir par l'orifice externe de la matrice. Il existait donc une perforation vésico-utérine; une investigation plus profonde fit voir que la paroi postérieure du col de la matrice était également perforée vis-à-vis l'ouverture vésicale, ce qui constituait rien moins qu'une perforation utéro-abdominale.

Le bassin fut ensuite examiné avec soin et c'est là qu'on trouva l'explication de cette singulière lésion. Le détroit supérieur est légèrement aplati, mais l'*excavation* est rétrécie d'avant en arrière par une disposition particulière du sacrum qui au lieu de l'excavation normale avait une forme droite; la symphyse a un pouce d'épaisseur au milieu, elle est haute

de 6 centimètres; le détroit inférieur est également rétréci, l'arcade pubienne de forme triangulaire.

Bien évidemment ces lésions remontaient à l'enfance, et cependant les premiers accouchements n'avaient été *que pénibles*.

Stoltz ajoute cette judicieuse mais tardive réflexion : « Si on n'avait attendu que deux ou trois heures pour terminer l'accouchement par le forceps qui était indiqué, on aurait évité ce malheur. »

Stoltz a fait de nombreuses recherches et il a trouvé quelques cas à peu près analogues et il y ajoute de précieuses réflexions.

Il en est une que je vais transcrire textuellement car il y a une réponse à y faire.

On lit, page 538 : « Je ne pense pas qu'il viendra à l'idée « d'aucun praticien de transformer la matrice et la vessie en « un double cloaque, en obstruant le col de l'utérus de « manière à forcer l'urine de remonter dans la matrice et le « sang menstruel de passer dans la vessie. Il est facile d'en- « trevoir les inconvénients d'un pareil état de choses, en « supposant que l'opération réussît. »

Malgré ce jugement, j'ai tenté cette opération plusieurs fois, j'ai guéri mes malades; les observations ont été publiées et adressées à l'Académie de médecine (16 mars 1875) qui a levé l'interdit qu'elle avait lancé. Stoltz savait que ses arrêts n'étaient pas définitifs.

Je vois fort souvent une jeune femme qui dans sa première couche avait eu pour résultat une incontinence d'urine qui l'avait mise dans l'impossibilité de travailler; c'était la misère, et quelle misère! Cette jeune femme, à laquelle j'ai oblitéré le vagin à une certaine hauteur, jouit d'une bonne santé.

Elle est très régulièrement menstruée et l'apparition mensuelle du sang dans l'urine montre la régularité de cette fonction.

En 1848 Stoltz publia dans la *Gazette médicale*, p. 31, un mémoire intitulé: « *Du spéculum utérin, de ses formes et de*

ses dimensions les plus avantageuses, de la manière de l'appliquer et de son utilité ». Celui dont il se sert est de forme conique, et la plupart de ses élèves l'emploient de préférence; il y est bien décrit p. 195.

Dans le n° 7 de la *Gazette médicale de Strasbourg*, pour l'année 1849, se trouve, p. 193, relatée par Stoltz, une *observation de rupture de la matrice suivie du passage de l'œuf entier et intact dans le péritoine au terme normal de la grossesse*, et mort subite de la femme par hémorrhagie ; la relation de ce fait curieux est suivie de recherches historiques fort intéressantes ; « fait unique alors, car on n'en avait probablement pas encore constaté jusqu'à ce point ».

Dans le n° 5 de la *Gazette médicale de Strasbourg* de l'année 1851 se trouve, p. 141, une note lue à la Société de médecine *sur la transposition des ventricules du cœur, cause de mort* peu après la naissance. Elle rappelle le cas cité en 1841 et contient comme toujours une revue historique ; ce qui ajoute un grand prix.

L'auteur de cette analyse a publié dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, 1852, p. 332, plusieurs observations d'enfants hydrocéphales atteints de spina-bifida et un cas de naissance d'enfant atteint de spina-bifida qui se rompit et guérit, mais chez qui se produisit un hydrocéphale qui causa la rupture de la cicatrice; l'enfant, âgé de plus d'un an, succomba à la suite de convulsions. La pièce fut préparée et conservée, elle figurait au musée de Strasbourg (voy. *Catalogue des accroissements du musée*, par M. Ehrmann (inscrit sous le n° 308). Dans le n° 2 de la *Gazette médicale de Strasbourg*, 1852, p. 45, Stoltz revendique en faveur du professeur Flamant, de Strasbourg, la priorité du conseil récemment donné par M. Hatin d'*appliquer les deux branches du forceps sur la même main*.

Dans le mémoire pratique *sur le forceps* de Flamant, publié en 1816, cette manœuvre est très bien décrite, non comme procédé général, mais seulement quand la tête fœtale est très mobile. Comme la *Gazette médicale de Paris*

avait, dans son n° du 24 janvier 1852, présenté cette manœuvre comme une *nouveauté*, c'est au rédacteur de ce journal que la réclamation parfaitement motivée a été adressée. Dans le n° suivant M. Hatin réclame et Stoltz répond, ce qui ne change rien à la question.

Dans le numéro de mars 1852 se trouve un article bibliographique qui pour le moment où il a paru offre un vif intérêt; il est consacré à la thèse inaugurale de Al. Fried Quittenbaum de Rostack sur *les maladies de l'ovaire, leurs rapports anatomo-pathologiques, leur diagnostic et leur traitement; suivie d'une extirpation de l'ovaire malade et adhérent*, pratiquée par C. Fred Quittenbaum, professeur à l'université de Rostock.

L'opérée a parfaitement guéri, et un an après cette opération, le 10 novembre 1843, elle accouchait heureusement d'un enfant qu'elle put nourrir.

Stoltz fait les réflexions suivantes : « Ainsi, non seulement l'ovaire malade et adhérent à d'autres organes très importants a été enlevé avec succès, mais la faculté de reproduction était conservée et un peu plus d'un an après l'opérée a pu accoucher sans difficulté et nourrir.

« J'ai donc eu raison de dire que l'observation nouvelle de Quittenbaum présente un grand intérêt, ce succès donne à réfléchir, et nous ne doutons pas qu'insensiblement l'extirpation de l'ovaire ne paraisse moins dangereuse et n'entre dans la pratique. En France, elle a peu de défenseurs parce qu'elle n'a pas encore était faite avec succès. Chez nous en France, ce n'est pas la première fois qu'on repousse avec obstination un procédé opératoire parce que théoriquement on croit sa réussite impossible, ou parce qu'il n'a pas réussi entre les mains de certaines personnes. »

Ce n'est que le 2 juin 1862, que M. Koeberle fit sa première opération qui fut suivie de succès, ainsi que plusieurs autres : « quelque temps avant, elle avait été pratiquée dans le service de M. Schutzenberger, mais la femme suc-

comba, les adhérences avaient été très considérables ».

Ne voulant pas que les cas malheureux d'opération césarienne ne soient pas connus, car ils renferment des détails fort utiles, Stoltz en publie deux cas suivis de mort de la mère et de survie de l'enfant (p. 45, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1863).

« Obs. I. — Sixième grossesse, cinq accouchements heu-
« reux et spontanés — ostéomalacie commençant à se déve-
« lopper à la suite de la première couche. — Interruption
« du mal. — Exacerbation violente dans la 5e couche. Deux
« années de souffrances. — Eaux de Baden-Baden ; consoli-
« dation des os du bassin. — Grossesse heureuse. — Étroi-
« tesse absolue du canal pelvien. — Opération césarienne. —
« Enfant vivant. — Mort de l'accouchée au bout de 24 heures. »

« Obs. II (p. 97). — Sixième grossesse. — Douleurs ostéo-
« copes dans la seconde moitié de la gestation. — Néanmoins
« cinq premières couches sont faciles. — Dans la cinquième
« grossesse, douleurs plus violentes ; « à la suite de l'accou-
« chement, l'ostéomalacie est confirmée ». — Malade pendant
« toute la durée de la 6e grossesse — Rétrécissement consi-
« dérable du bassin. — Opération césarienne sous l'influence
« anesthésique d'inhalations éthérées. — Enfant vivant. —
« Mère morte à la fin du quatrième jour. »

Nouvelle observation sur un vice congénital du cœur cause de la mort peu après la naissance (un ventricule et une oreillette).

Stoltz adresse à l'Académie des sciences la relation d'une opération césarienne *pratiquée pour la seconde fois et avec succès sur la même femme*, suivie de quelques recherches sur des cas analogues publiés dans la première moitié de notre siècle (*Gazette médicale de Paris*, 1855, p. 374 et 390).

La première opération avait été pratiquée par M. le Dr Bach, la seconde par Stoltz, qui dit avoir pratiqué l'opération césarienne six fois : quatre fois les mères ont été sauvées ; les six enfants ont vécu (*Gazette médicale*, p. 375) ; « par conséquent 10 individus sur 12 ont été arrachés à une mort presque

certaine ». Dans les recherches minutieuses et laborieuses que Stoltz a faites, il a trouvé « quatorze observations « authentiques d'opération césarienne pratiquée deux fois « avec succès sur les mêmes femmes. Les docteurs Bosch « et Wynands ont déclaré au Congrès médical belge de 1835 « qu'ils avaient eux aussi pratiqué chacun deux fois avec « succès cette opération sur une même personne » (*Gazette médicale de Paris*, 1855, p. 394).

En 1858 eut lieu à l'Académie de médecine la discussion célèbre sur la *fièvre puerpérale* qui ne dura pas moins de quatre mois et demi, à laquelle ont pris une part active les maîtres non seulement de l'obstétricie, mais de la médecine et de la chirurgie. On était attentif à leurs paroles, on aspirait à des clartés sur un sujet si difficile et si dangereux.

Le maître alsacien crut de son devoir de faire entendre en province sa parole autorisée. Il consacra trois articles dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (1850, p. 81, 97, 158). Mais il se contenta de faire consciencieusement l'analyse de tous les discours ; on a attendu vainement sa pensée personnelle et la réponse à la question si naturelle qu'on lui aurait volontiers posée : « Et vous, maître, quelle est votre opinion personnelle sur la nature, le traitement et la prophylaxie ? » Cette réponse ne vint pas alors. Il fallut que d'autres questions fussent d'abord résolues, et heureusement elles l'ont été, si bien que la mortalité dans les maternités, qui était d'environ 9 p. 100, est descendue au chiffre consolant de 1 p. 100, grâce aux découvertes de Pasteur et de son école qui ont illuminé non seulement cette question spéciale, mais la médecine, la chirurgie et l'obstétricie et qui ont ouvert une ère nouvelle si riche en bienfaits.

Dans le n° 5 (*Gazette médicale de Strasbourg*, du 27 mai 1859) se trouve (p. 70) un travail historique sur l'*allongement hypertrophique du col de l'utérus* (communiqué par Stoltz à la Société de gynécologie et de pédiatrie fondée depuis peu à Strasbourg). Il résulte de ce travail que c'est

Levret qui le premier a décrit cette maladie en 1775 (*Journal de Roux*, t. XL).

Dans le même journal de Strasbourg se trouve, p. 186, un article bibliographique « *sur les maladies du sein et de la région mammaire* (seconde édition du livre publié par Velpeau) ». « La parole de Velpeau, dit Stoltz, est de celles qui « doivent être écoutées et crues. La recherche de la vérité « perce plus que celle de la renommée dans le livre de Vel- « peau, aussi doit-il se trouver dans la bibliothèque de tout « praticien. »

Dans le n° 10 de la *Gazette médicale de Strasbourg*, Stotlz publie, p. 158, de *nouvelles observations de polype du rectum chez les enfants*, précédées et suivies de remarques historiques et critiques (voy. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1841) dont la suite se trouve p. 7 de l'année de 1860. On y trouve l'analyse histologique des dernières tumeurs enlevées, faite par Kœberle, chef des travaux anatomiques de la Faculté.

En 1856, Stoltz avait adressé à l'Académie des sciences un mémoire « *sur le développement incomplet d'une des moitiés de l'utérus, et sur la dépendance du développement de la matrice et de l'appareil urinaire* ».

Stoltz avait attendu un rapport de l'Académie et celui-ci n'arriva pas. Küssmaul, professeur à l'université de Heidelberg, ayant publié dans un mémoire, « sur le manque d'une moitié de l'utérus et sur l'utérus double » (*Von dem Mangel, der Verkümerung verdoppelung der Gebärmütter*) (1 vol. in-8°, 38, fig. sur bois, Würtzbourg, 1859) « dans lequel des « faits consignés dans mon travail étant rappelés, j'ai cru « devoir publier cette note dans laquelle se trouvent de nom- « breuses recherches et des pièces très intéressantes dont je « possède des dessins fort exacts ».

Il est bien regrettable que les nombreux dessins que possédait Stoltz dans ses cartons n'aient pas été publiés par lui, comme il en avait souvent manifesté l'intention. Ce sont des éléments d'une monographie complète qui aurait tenu une place distinguée dans la littérature obstétricale.

Dans le n° 4 de la *Gazette médicale de Strasbourg*, se trouve (1866, p. 65) un rapport sur une tumeur congénitale située sur la petite fontanelle, mémoire envoyé par le Dr E. Belin, de Colmar, à la Société de médecine de Strasbourg.

« Mme X... accouche, le 4 juin 1864, d'une fille bien cons- « tituée ayant au sommet de l'occiput une tumeur pédiculée « de la grosseur d'une noix. L'enfant se développa très bien « et ne fut jamais malade ; Stoltz, après un examen minu- « tieux, conseilla l'ablation de la tumeur, considérée comme « un kyste séreux; après l'opération, la plaie avait la gran- « deur d'une pièce de 2 francs; au centre, on distinguait une « petite membrane mince de la largeur d'une lentille qui « se soulevait quand l'enfant criait. L'écoulement du sang « ayant cessé, les bords de la plaie furent réunis par « 3 points de suture, pansement à plat; l'enfant s'endormit « immédiatement. Après un écoulement de sérosité qui dura « quatre jours tout était tari. » *La tumeur paraît avoir eu une origine méningienne.* Stoltz cite un cas analogue analysé dans la *Monatschrift f. Geburtskunde*, etc., t. XXXI, p. 51.

Dans l'année 1867, Stoltz fait (p. 164) l'analyse du Traité pratique des maladies de l'utérus du professeur Courty.

Par arrêté du 11 juillet 1867, Stoltz est nommé Doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement du professeur Ehrmann, démissionnaire, nommé Doyen honoraire. Le discours du nouveau Doyen, prononcé à la rentrée de l'année scolaire 1869-1870, se trouve dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, 1869 (p. 254).

Dans le n° , 1870-1871, on lit, page 20, un travail *sur la fissure à l'anus chez la femme, traitée par la dilatation.*

La guerre déclarée en juillet 1870 a eu pour effet l'annexion à l'Allemagne de l'Alsace et de la Lorraine, et par suite le transfert à Nancy de l'Académie de Strasbourg avec son personnel resté fidèle à la France (1).

(1) Sauf un professeur titulaire et trois agrégés.

Nous avons trouvé, à Nancy, l'accueil le plus cordial et le plus empressé, mais l'installation de l'école secondaire de médecine de Nancy était insuffisante pour une faculté de médecine. Le gouvernement de la France et la municipalité de Nancy étaient disposés à faire tous les sacrifices possibles pour créér ce qui manquait, ainsi qu'un bon nombre de chaires qui ne pouvaient l'être aussi vite que cela était nécessaire. Plusieurs malheureux messins demandaient à être logés comme le personnel enseignant de l'Académie. Les logements ne s'improvisent pas; cependant tout a été facilité par l'accueil qui était fait à la faculté.

A la fin de l'année 1873-74 nous étions à peu près et provisoirement installés ; les cliniques et les cours pouvaient fonctionner.

Un journal médical organe de la Faculté et du corps médical, la *Revue médicale de l'Est*, était fondé, avait son comité d'administration sous la présidence du doyen.

Chaque professeur se mettait en mesure de publier ce qu'il pensait être opportun.

Le doyen fournit son contingent malgré ses occupations administratives.

Dans le volume III, la *Revue* publia, page 77, un travail sur les *polypes fibreux de la matrice, myômes intra-utérins*; page 223, un travail sur l'*hypertrophie* vasculaire, polypiforme des *lèvres du col de la matrice*, reproduit et discuté dans ce journal, t. III, page 291 ; dans le tome XI, page 161, une *observation d'un enfant nouveau-né portant un kyste congénital volumineux au côté droit du cou, suivie de réflexions*; un confrère de Nancy, ancien élève de Strasbourg, avait demandé l'avis du maître. Ces travaux, comme tous ceux que Stoltz avait donnés, étaient riches de recherches historiques.

Stoltz a été un collaborateur actif du *Nouveau Dictionnaire de médecine* et *de chirurgie pratiques*.

Il a composé les articles suivants :

ACCOUCHEMENT (t. I, p. 226)

CÉSARIENNE (opération), (t. VI, p. 680).

COUCHES (t. IX, p. 666). DYSTOCIE, (t. XII, p. 106-193).

LEUCORRHÉE (t. XX, p. 495). MENSTRUATION (t. XXII, p. 290-329).

PUERPÉRALITÉ, FIÈVRE PUERPÉRALE (t. XXX, p. 87-141).

Tous ces articles, écrits avec clarté et simplicité, sont toujours suivis d'index bibliographiques soignés.

Ils sont trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Toutefois, il en est un pour lequel nous sommes obligé de faire des réserves, c'est le dernier, publié en 1881, consacré à la *fièvre puerpérale*. Ici, nous avons le grand regret de ne pouvoir suivre notre maître dans son étude d'une affection que les immortels travaux de Pasteur ont complètement transformée; arrivé au déclin de sa carrière il n'a pas compris toute l'importance de ces travaux, ni les conséquences bienfaisantes qui en résultent peur l'humanité, bien qu'il eût toujours porté une attention très sérieuse à la fièvre puerpérale qui, à plusieurs reprises, s'était déclarée dans son service, où elle avait fait de nombreuses victimes, comme le le démontrent les thèses de Gustave Levy et de Sieffermann, où l'on trouve la variation de ses idées sur lesquelles il est utile de jeter un coup d'œil.

C'est en 1842 que Semmelweis avait, comme assistant, suivi une épidémie grave dans la maternité de Vienne, où il avait obtenu par des mesures rigoureuses de propreté et de désinfection, au moyen du chlorure de chaux, imposées aux élèves et aux accouchées, une diminution sensible de la mortalité. Un chef de clinique de Strasbourg, le Dr Wieger, avait fait connaître cette pratique par un article inséré dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (1849, p. 97). Pendant le premier semestre de l'année 1856-57 s'était déclaré dans le service du professeur Stoltz, une épidémie de fièvre puerpérale dont M. Gustave Levy fit la description dans sa thèse inaugurale, le 12 décembre 1857. « Croyant à la possi- « bilité d'une infection directe, dit M. Levy, M. le profes- « seur Stoltz nous avait recommandé de nous laver soi-

« gneusement les mains dans du chlorure de chaux liquide ».

Stoltz avait imaginé une sonde à double courant pour faire des injections chlorurées intra-utérines. Ce mode de traitement parut n'avoir eu aucune influence sur la marche de l'épidémie, pendant laquelle les élèves n'avaient pas fréquenté le service. Les promesses de Semmelweis ne se réalisèrent donc pas.

En 1860-61, nouvelle épidémie, décrite par M. Sieffermann dans sa thèse (12 mai 1862). « Après avoir fait faire les « lotions chlorurées avec autant d'exactitude que possible à « la clinique, sans en obtenir le résultat annoncé par Sem- « melweis, Stoltz est resté convaincu que ce n'était pas là « un moyen prophylactique qui pût empêcher l'irruption « de la fièvre puerpérale dans les salles » (Thèse de Sieffermann, p. 122). Vers cette époque avait paru le livre de Semmelweis « *Die Aetiologie* » et peu après, les *Lettres publiques* dans lesquelles sont traités d'*assassins* ceux qui ne suivent pas ses préceptes : « *Responsio mollis frangit iram, sermo durus suscitat furorem* ». Prov. XV, I. Quant à la thèse de Tarnier et à son mémoire publié l'année suivante, établissant si clairement le caractère *infectieux non épidémique* de la maladie, il n'en fut pas question.

Pendant cè temps (1865) on travaillait beaucoup. Pasteur fondait sa doctrine par son travail *sur les maladies du sein*, en engageant à bien étudier le phénomène de la putréfaction ; c'est dans cette voie, que deux jeunes collègues, MM. Coze et Feltz, réfugiés dans je ne sais quel abri de l'hôpital civil de Strasbourg, appliqués pendant plusieurs années à rechercher les agents de la fermentation putride, découvrirent, en 1868, des microbes dans le sang d'une femme atteinte de fièvre puerpérale, qui, injecté à un animal, fit périr celui-ci, tandis que le sang normal avait été sans effet ; puis la guerre survint, dévastant tout, empêchant tout travail scientifique, trêve douloureuse et déplorable qui arrêtait tout progrès dans le domaine le plus précieux de l'humanité. Cependant, dans la France vaincue, les salutaires recher-

ches de Pasteur et de son école ne furent que peu ralenties.

Stoltz, chargé de la réorganisation de la Faculté de médecine de Nancy, était absorbé par ce travail. Ne pouvant, dans cette situation, suivre l'enchaînement logique des nouvelles doctrines, il ne put les apprécier à leur juste valeur; peu à peu il leur resta étranger. Il prit sa retraite en 1879 et se retira dans sa maison à Andlau. Son dernier travail porte le millésime de 1881 et doit avoir été terminé là. Ce travail s'éloignait de plus en plus des doctrines nouvelles. Ceux qui ne suivent pas le courant d'un fleuve restent bientôt immuables sur le rivage, loin du courant.

Nous devons signaler encore un dernier travail : le *Traité d'accouchements* de Naegele et de Grenser, traduit par Aubenas, auquel Stoltz a coopéré; il a rendu à l'obstétricie française un grand service en engageant son neveu le Dr Aubenas, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, à traduire en français le *Traité d'accouchements* de Naegele fils et de Grenser, professeur à Dresde. De l'avis de Schröder, c'était à cette époque le meilleur *Traité didactique*; aussi les éditions s'étaient-elles suivies rapidement avant l'achèvement du livre et même encore après la mort des deux auteurs. C'est sur la sixième édition que la traduction fut faite. Elle est précédée d'une préface de Stoltz, datée du 17 juillet 1869. La haute utilité de ce livre a été appréciée rapidement en France; malgré la guerre et les perturbations qui en ont été la suite, une seconde édition fut publiée en 1873. Le nombre des figures qui, dans la quatrième édition allemande, avait été de 22, fut porté à 207.

Forceps. — Stoltz, comme un grand nombre d'accoucheurs, a cherché à améliorer cet instrument essentiel de l'accoucheur. Il y fit successivement *trois* modifications : 1° la première a consisté à garnir de bois les manches du forceps de Flamant et à donner à l'instrument un peu moins de longueur.

2° La deuxième, datant de 1839, a consisté à adapter aux cuillers, un peu au-dessous de l'articulation, des ailettes

pouvant s'abattre par charnière, et destinées à servir de point d'appui à la traction. Ces ailettes, que J.-D. Busch a fixées au forceps pour la première fois (*Archives de Starck*, t. VI, p. 438, 1797) ont été adoptées par tous les accoucheurs allemands.

3° La troisième modification a consisté à rendre l'instrument un peu plus petit, mais surtout à remplacer le pivot et entablure par le mode de jonction d'E. de Siebold, consistant en un pivot à vis se noyant dans la fraisure, ce qui rend la jonction plus facile et le maintien plus solide; par un tour de vis du pivot, la disjonction des cuillers est également très rapide et facile.

Cette dernière modification est décrite et figurée dans la thèse de L.-J. Soulag (26 août 1853, 2e série, n° 285), une planche lithographiée représente l'instrument.

Stoltz s'était toujours intéressé aux travaux de la Faculté, toujours prêt à guider les élèves studieux dans le choix et la confection de leurs thèses, quand ses occupations, qui lui laissaient de moins en moins de liberté, pouvaien le lui permettre. Parmi les thèses inspirées par lui à un de ses élèves les plus laborieux, nous ne pouvons pas ne pas mentionner celle de J.-F. Édouard Lauth sur l'*embryothlasie* et la *céphalotripsie*, dans laquelle sont décrits et figurés *tous les instruments connus* jusqu'au 22 août 1863 ; magnifique et riche monographie que l'Académie a couronnée. Depuis 1861, il était associé de l'Académie de médecine ; en 1877, il fut nommé commandeur de la Légion d'honneur, et vers la même époque membre honoraire de la Société obstétricale de Londres.

En 1879 il avait demandé sa retraite. Il lui tardait de jouir d'un repos bien mérité dans la maison paternelle à Andlau, où il était né, dans ce vallon pittores que à côté d'un très beau vignoble planté par son père, à côté de la superbe église abbatiale romane qu'il pouvait admirer de ses appartements.

L'histoire de cette abbaye de dames nobles a occupé, je dirai même charmé, ses dernières années ; il avait réuni sur

ce couvent de nombreux et intéressants documents ; tout cela classé, étiqueté, suivant son ancienne habitude dans ses études médicales ; mais comme il l'avait fait trop souvent pour celles-ci, il remit à plus tard la mise en œuvre de ces précieux documents qu'il n'a pu publier. Il n'avait pas cessé de s'intéresser à la médecine et de suivre de loin ses transformations sous l'influence des découvertes nouvelles, mais il lui semblait que la masse des efforts de la médecine actuelle avait pour but essentiel non de constater, mais d'expliquer les faits de la nature ; la première œuvre seule produit un effet durable. CICÉRON a dit : *Opinionum commenta delet dies naturæ judicia confirmat.* Les discussions les plus brillantes, disait-il, n'ont souvent qu'un retentissement éphémère ; tandis qu'une vérité énoncée avec la plus grande simplicité reste à jamais ! On trouve là sa prédilection pour l'observation.

Il opérait avec une grande habileté, un soin parfait et une propreté irréprochable qui, du reste, était dans ses habitudes.

Nous avons vu Stoltz dans son enseignement oral, écrit et pratique, ce qui nous a permis d'apprécier la variété et l'étendue de ses connaissances, la constance de son mode de travail, la sûreté et la droiture de son jugement. Ces qualités si essentielles ne sont pas toujours sans revers, elles donnent à celui qui les possède une espèce d'inflexibilité doctrinale que le poète a caractérisée par ces mots : *propositi tenax*, qui l'a rendu réfractaire aux doctrines nouvelles, qui sont l'aliment de la science soumise, comme tout ce qui vit, à d'incessantes modifications.

Rapidement élevé au sommet de la carrière en raison de son talent, de son travail, et aussi des circonstances exceptionnellement favorables, puisque dans la même année, il arrive, le plus jeune, du dernier rang des agrégés au sixième rang des professeurs ; il avait la constante préoccupation non seulement de s'y maintenir, ce qui ne pouvait pas ne pas être, mais d'éloigner ceux qui, entrés dans la même carrière, auraient pu grandir à côté de lui.

Sa clientèle, de plus en plus nombreuse, lui restait attachée par une reconnaissance parfaitement justifiée par sa droiture, et aussi son désintéressement. Il avait en haine l'exploitation du malade aux dépens de la dignité de la profession et s'en indignait. Honoré d'une estime générale, il fut sollicité d'accepter un siège au Conseil municipal de Strasbourg et au Conseil général du Bas-Rhin ; il a été pendant plusieurs années président des jurys médicaux de la circonscription de la Faculté de Strashourg. Il n'a occupé ces situations que pendant quelques années.

Il tomba malade dans les premiers jours de mai 1896 et il succomba le 20 mai, âgé de 92 ans 6 mois et 8 jours.

Ce fut un deuil pour la petite ville d'Andlau, pour toute l'Alsace et pour la Faculté de médecine de Nancy.

Il fut porté à sa dernière demeure, sépulture de la famille, le 23 mai, accompagné par la commune tout entière qui avait tenu à rendre ce dernier hommage à son illustre compatriote, par un certain nombre d'anciens élèves et d'amis, une délégation de la Faculté de médecine de Nancy.

Trois discours furent prononcés : par le professeur Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, au nom de ses anciens collègues et des membres de ce corps savant; par M. Alphonse Herrgott, son successeur dans la chaire de clinique obstétricale, chargé par l'Académie de médecine dont il est correspondant, la Société obstétricale de Paris, MM. Tarnier et Pinard, professeurs de clinique obstétricale, M. le Dr Champetier de Ribes, président de la Société des accouchements des hôpitaux de Paris, et par le professeur Eugène Bœckel, agrégé à l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg, parlant au nom des anciens élèves de Stoltz et de ses nombreux amis de Strasbourg, retraçant en quelques mots heureusement choisis les caractères du médecin et la reconnaissance de ses nombreux clients restés attachés à lui par une profonde affection.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES RÉTRO-DÉVIATIONS

Par **S. Bonnet**,
Ancien interne des hôpitaux.

Par rétro-déviation, il faut entendre, je crois, exclusivement, la *rétroversion* qui est, en effet, *une déviation*, c'est-à dire le résultat d'un trouble survenu dans la statique utéro-pelvienne, tandis que la flexion est une *déformation*, conséquence d'un processus inflammatoire ou dystrophique dont le muscle utérin est le siège. Indépendante, jusqu'à un certain point, de la rétroversion, elle la complique si le col, restant fixe, le corps amolli vient à s'infléchir sur l'isthme comme sur une charnière en obéissant à la pression supérieure. Commencé en version, le mouvement s'achève en flexion : c'est donc, d'une part, le dégré de laxité ou de fixité des attaches cervicales, le degré de rigidité ou de mollesse, d'autre part, dont dépend cette association.

Isolée ou associée à la flexion, lá rétroversion ne permet pas de concevoir un mode unique de traitement, une opération idéale qui réponde à tous les cas : ceux qui la présentent à l'état de pureté sont exceptionnels. En dehors des versions aiguës, rares, immédiatement et définitivement réductibles, à l'instar d'une luxation ou d'une hernie de force, les rétro-déviations sont le plus souvent rebelles et accompagnées d'autres lésions inflammatoires ou statiques. On peut donc, en pratique, c'est-à-dire au point de vue du traitement à leur opposer, les diviser en *simples* et *compliquées*, en tenant compte aussi de leur degré.

A. — *Simples*, c'est-à-dire monorganiques et réductibles, d'origine traumatique ou congénitales, elles s'observent chez des femmes jeunes, vierges ou nullipares, rarement chez des multipares, et sont alors justiciables d'un pessaire approprié ou du raccourcissement des ligaments ronds, opération qui trouve ici l'indication peu fréquente de son emploi isolé, sans l'appui d'opérations complémentaires.

B. — *Compliquées*, elles sont mobiles ou adhérentes et les complications portent soit sur l'utérus lui-même, — métrite du corps, cervicite, déchirures, hypertrophie du col, — soit sur le plan inférieur de soutien, — rupture ou déchirure du périnée, prolapsus

utéro-vaginal, — soit sur les organes voisins, annexes et péritoine. — Quelques-unes, enfin, sont associées à des tumeurs utérines ou péri-utérines.

a) La *métrite*, primitive ou secondaire, complique si communément la rétro-déviation,qu'il est à peine besoin d'indiquer la nécessité de son traitement préalable, quelle que soit d'ailleurs la méthode opératoire adoptée pour le redressement. En cas de déviation incomplète, le curettage et la cervicotomie suffisent même souvent, grâce à l'involution consécutive, à supprimer les symptômes et à produire le redressement ultérieur.

b) De même, en cas de *prolapsus utéro-vaginal*, association presque constante chez les multipares, la restauration du périnée et du vagin sont, dans les premiers degrés de la déviation, des moyens suffisants. Mais si la bascule de l'organe est complète, ce n'est plus assez, et il faut assurer le maintien du redressement. De nombreux et ingénieux procédés ont été proposés dans ce but. (Voir th. de M. Baudouin, 1890, et traités de gynécologie.) Mais trois méthodes opératoires seulement ont pris de l'extension et se disputent la préférence des opérateurs : la *laparo-hystéropexie*, la *colpo-hystéropexie* et le *raccourcissement des ligaments ronds*. Sans fournir ici des arguments que j'ai développés ailleurs et que j'ai puisés dans ma modeste expérience personnelle et dans mes lectures, je crois que la laparo-hystéropexie doit être réservée, à titre d'opération complémentaire, pour les cas complexes, d'une autre catégorie, nécessitant l'ouverture du ventre pour d'autres lésions pelviennes et que la colpo-hystéropexie ne doit pas être pratiquée sur des femmes susceptibles de grossesse ultérieure. Le raccourcissement des ligaments ronds, contrairement à ces deux opérations, ne change nul des rapports anatomiques : il sauvegarde la mobilité et l'intégrité fonctionnelle de l'organe et offre l'innocuité et l'efficacité requises pour une opération d'utilité. Il me semble, en un mot, l'opération physiologique par excellence, la méthode de choix à opposer à toute rétro-déviation mobile, ou rendue telle, à la condition, toutefois, qu'elle soit considérée elle-même comme opération complémentaire et étayée d'une solide réfection du plan périnéo-vaginal.

c) Compliquées de *lésions pelviennes légères*, telles que prolapsus non adhérents des annexes, congestions tubo-ovariennes douloureuses, adhérences péritonéales funiculaires simplement résistantes, les rétro-déviations relèvent encore de l'Alexander,

pourvu que, par l'hydrothérapie locale, le massage, la dilatation, etc., on ait d'abord amendé les lésions connexes.

d) En cas de *suppuration pelvienne*, d'*annexites anciennes et graves*, il est évident que la déviation passe au second plan, que l'Alexander ne peut être discuté et qu'on devra recourir, suivant les indications, à l'hystérectomie vaginale ou à la laparotomie, celle-ci suivie, si on le juge opportun, de la ventrofixation.

e) Il en est de même des cas associés à une tumeur utérine ou péri-utérine.

f) Enfin, au delà de la ménopause, surtout chez les femmes âgées, une vieille rétro-déviation irréductible me semble légitimer très bien l'hystérectomie vaginale.

UN NOUVEAU TRAITEMENT DES FIBROMES DE LA MATRICE

Par M. **Howitz** (Copenhague).

Le traitement du fibrome de l'utérus, malgré les progrès de la technique et de l'expérience, a encore quelque chose qui choque nos idées sur ce que la malade a le droit de demander.

Elle a le droit de demander que nous fassions tout notre possible pour la soulager dans sa maladie, sans pourtant que notre traitement augmente le danger qu'elle court, sans la mutiler et sans lui occasionner de nouveaux inconvénients. Ces justes demandes sont loin d'être remplies par notre méthode chirurgicale actuelle.

Le rapport qui existe entre les mamelles et l'utérus forme le facteur principal sur lequel repose mon raisonnement.

Permettez-moi de vous citer en peu de mots plusieurs des phénomènes que nous avons observés comme suite de ce fait. — Ce n'est pas seulement au commencement de la grossesse que nous voyons les mamelles gonfler et se remplir de lait. Nous voyons quelque chose de semblable, quoiqu'à un bien moindre degré, avec le développement du fibrome de l'utérus, non seulement chez les femmes qui précédemment ont eu des enfants, mais aussi chez des vierges et chez des femmes stériles.

Chez beaucoup de femmes les mamelles se gonflent et de-

viennent douloureuses à chaque menstruation, surtout quand l'utérus n'est pas entièrement normal. Quand l'utérus a été extirpé, ou bien quand l'atrophie sénile de cet organe est accomplie, il se produit comme règle une diminution de la glande de la mamelle, même si dans cette dernière se trouve de la graisse. Chez les femmes qui subissent un arrêt des fonctions de l'utérus, par suite de l'atrophie infantile, nous trouvons comme règle, en même temps, un développement incomplet des tissus de la glande mammaire. — J'ai vu plus d'une fois l'injection intra-utérine être suivie le jour d'après d'un écoulement de lait, même chez des vierges.

Tout cela prouve qu'il y a un rapport intime entre ces organes, et que l'état de l'utérus a une grande influence sur l'état de la mamelle et sa sécrétion. Mais le contraire peut aussi se trouver, et l'on a de nombreux exemples prouvant que l'état de la mamelle influe sur l'utérus.

— Un allaitement normal provoque une involution de l'utérus puerpéral beaucoup plus rapide qu'un allaitement trop court et défectueux. Un allaitement trop prolongé peut provoquer une atrophie incurable de l'utérus, avec toutes ses suites. Le plus souvent il ne se produit pas de conception pendant l'allaitement, et ce fait est si connu de chacun, que l'allaitement est souvent prolongé pour cette raison. Probablement l'effet est dû à deux facteurs, dont l'un est celui-ci : il se produit par l'allaitement des contractions utérines plus ou moins fortes qui repoussent l'œuf nouvellement formé. L'autre facteur consiste en ceci : que l'état d'atrophie de l'utérus et celui de la membrane muqueuse, chez la nourrice, rendent l'organe moins propre à recevoir et à développer un œuf fécondé. — Nous voyons, que l'aspiration de l'enfant sur le sein peut même provoquer de vives et douloureuses contractions de l'utérus ; et nous savons que ce phénomène, depuis longtemps déjà, a été utilisé pour provoquer un partus prematurus. On prétend aussi souvent qu'une irritation du mamelon peut provoquer des sensations sexuelles.

Si nous rassemblons tous ces faits comme preuves nous rappelant le rapport intime de ces organes, nous serons portés à trouver possible et raisonnable d'employer cette circonstance pour la guérison. Mais ici, comme toujours, il faut une occasion particulière, une impulsion spéciale agissant sur notre pensée,

pour mûrir nos réflexions et nous faire commencer nos expériences. Ainsi en a-t-il été avec moi, et je vous dirai comment.

J'ai eu, à peu près en même temps, deux patientes sous mon traitement. Toutes deux avaient un grand fibrome intramural de l'utérus, toutes deux devinrent enceintes, tontes deux étaient d'âge mûr, lorsqu'elles furent grosses pour la première fois ; toutes deux accouchèrent au temps voulu, toutes deux furent délivrées à l'aide du forceps d'un enfant vivant, et toutes deux traversèrent heureusement la période puerpérale. Mais l'une, une très intelligente et énergique personne, donna à son enfant un allaitement abondant, et environ 4 mois après l'accouchement je constatais que le fibrome avait disparu. La femme était fraîche et bien portante, l'enfant sain et fort. L'autre patiente était moins intelligente et en tout d'une condition inférieure. Elle n'avait que peu de lait, et ne fit rien pour augmenter la sécrétion. L'enfant reçut un allaitement artificiel et prospéra fort bien ; mais le fibrome de la mère resta dans le même état. Les détails sont, brièvement dit les suivants :

J.W..., 35 ans, entrée à la clinique le 6 avril 1893. Déjà 4 ou 5 ans auparavant, un fibrome de l'utérus avait été constaté, qui plus tard a grandi. Les menstruations, très fortes, durent 10 jours. A l'examen on trouve l'orificium uteri loin en arrière ; un fibrome sur la paroi antérieure de l'utérus, de la grosseur d'une forte tête d'enfant. La patiente fut traitée à l'électricité d'après la méthode Apostoli, pendant 3 mois. Les pertes de sang diminuèrent un peu, la tumeur peut-être aussi. Le 14 septembre 1893 la patiente se maria. Le 7 janvier 1896 on sentit une tumeur à la hauteur de l'ombilic, qui fit diagnostiquer un commencement de grossesse. Du lait dans les mamelles.

Le 26 juin, l'eau commença à couler, et le 28 juin, elle fut délivrée, à l'aide du forceps, d'un enfant vivant qui pesait 8 livres.

Sortie guérie le 28 juillet 1894.

Le 4 novembre, je vis la patiente, elle était complètement guérie, avait beaucoup de lait, les mamelles grosses et gonflées de lait. L'enfant était fort et bien portant.

L'utérus est un peu en rétroflexion, la cavité atteint à peine 7 centim., on sent un fibrome sur la paroi antérieure de l'utérus, de la grosseur d'une noix. La paroi de l'utérus est bosselée. Ainsi le fibrome sur la paroi antérieure, de la grosseur d'une tête d'enfant, précédemment constaté, avait presque complètement disparu, et il ne restait qu'un petit fibrome en arrière.

II. — St..., 39 ans, nullipare, entrée le 4 avril 1894. On sentait une

tumeur que, parfois, on a prise pour une grossesse extra-utérine, mais qui peu à peu s'est montrée être formée par une quantité de noyaux de la grosseur d'une pomme de terre, en plus une grossesse normale. Elle venait souvent à la consultation, et le 13 octobre 1894, elle entra de nouveau, parce que l'accouchement était commencé. Le 14 octobre, elle fut délivrée, avec le forceps, d'un enfant vivant pesant 6 livres et demie.

Le 29 octobre, on sentit une tumeur d'une largeur de 4 doigts, au-dessus de la symphyse, un peu mobile, bosselée et inégale. Il y avait peu de lait dans les mamelles, et l'enfant reçut un allaitement artificiel. La période puerpérale fut normale. Deux mois après l'accouchement, la tumeur était de même grandeur que précédemment et de même consistance.

Plus d'une fois auparavant, j'avais eu des patientes atteintes de fibromes de l'utérus compliqués de grossesse, où j'avais vu le fibrome diminuer beaucoup, une fois la période puerpérale terminée ; mais j'avoue, que jamais je n'avais fait attention, si les patientes allaitaient dans ces cas-là. On a supposé que le grand développement des vaisseaux de l'utérus, qui est la suite de la grossesse, pouvait faire augmenter les fibromes et d'autres formations nouvelles dans cet organe, ou les faire diminuer par une absorption graduelle. C'est une supposition sur laquelle on peut beaucoup discuter, et je suis bien éloigné de vouloir nier la justesse des faits et des explications. Mais la grossesse n'est pas un moyen, dont on peut toujours disposer, et si même on le pouvait, cela aurait ses inconvénients, sans parler de la possibilité d'une fausse couche dans ces conditions. Mais on peut, chez chaque femme atteinte de fibrome de l'utérus, essayer les aspirations du mamelon, sans rien compromettre. C'est ce que j'ai fait dans un petit nombre de cas. Ils ne sont pas choisis, mais pris comme ils se sont rencontrés dans ma clientèle.

Les tumeurs, dans les 7 cas, étaient passablement volumineuses. Chez une patiente surtout la tumeur était considérable, en sorte que ce serait trop exiger du traitement que d'en attendre un résultat positif dans de tels cas; 3 des patientes sont vierges et âgées. Toutes sont d'âge mûr, la plus jeune a 36 ans. L'une présente de fortes présomptions d'une tumeur maligne. Plusieurs ont, sans résultat, été soumises à d'autres traitements, tels que l'électricité, ou la ligature de l'a. uterinæ et sont ainsi des cas réfractaires. Aucune n'a été traitée ni assez longtemps, ni assez sérieusement, car la cure doit prendre au moins un an et exige d'être suivie sévèrement. — Les résultats du trai-

tement se montrent donc tels : Chez 4 de ces patientes on a trouvé du lait, chez une copieusement, chez deux point du tout ; pour une autre, l'observation a été absolument trop courte. Le lait ne se montre pas immédiatement, mais seulement après quelque temps d'aspirations, environ 1 à 2 mois. Sur les pertes de sang les aspirations n'ont eu une influence amoindrissante que dans quelques cas. Chez 3 patientes la tumeur a diminué de volume, chez 3 il n'y a pas eu de changement notable, ce qui doit être aussi regardé comme un bon résultat. C'est, en peu de mots, ou une amélioration, ou un arrêt de la maladie; chez aucune il n'y a eu augmentation du mal. Mais on doit surtout se rappeler que la cure a duré trop peu de temps, et, ce qui est assurément de la plus grande importance, l'aspiration du mamelon a été beaucoup trop légère et trop peu prolongée, surtout si on la compare à l'aspiration de l'enfant qui tette véritablement. Le tout a duré de 5 à 10 minutes, matin et soir, et c'est aussi mon avis d'augmenter beaucoup.

En finissant cette communication que je ne veux pas appeler savante, mais seulement une exposition de mes pensées, qu'il me soit permis de faire encore quelques remarques. — Il se peut qu'il n'y ait, au fond, aucune possibilité de guérir ou d'arrêter, par cette méthode, le fibrome de l'utérus. Le pis, alors, est que la malade a perdu quelque temps, mais elle n'a subi aucun dommage. Pourtant il est peut-être aussi possible de trouver là un remède pour certains cas, surtout quand la femme est jeune et les fibromes de moindre grosseur. — Nous pouvons penser que la méthode agit de deux manières et peut-être de deux manières à la fois. L'aspiration du mamelon provoque des contractions réflexes de l'utérus, et celles-ci agissent à peu près de la même manière que l'emploi du seigle ergoté. J'ai souvent remarqué que, pendant un long emploi de seigle ergoté, les fibromes intramuraux changent de place, ils deviennent plus polypeux ou plus subpéritonéaux. On voit souvent avec le seigle comme avec le traitement Apostoli la tumeur utérine changer de forme et de qualité, elle devient plus irrégulière et bosselée. Quelque chose de semblable se produit avec la méthode aspirative; mais, en outre, il est possible que la provocation de la sécrétion du lait ait son importance. J'ai eu l'impression que l'apparition du lait est un bon signe. Tous les désagréments causés par l'emploi de la grande méthode chirurgicale ont provoqué un certain nom-

bre de recherches d'un moyen plus doux. Je n'exagère pas en disant que si l'on prend toutes les femmes soumises à une grande opération pour des fibromes de l'utérus, on trouvera que l'on en aurait moins perdu en n'en opérant pas une seule, et cela malgré les progrès de la technique et de l'antisepsie.

L'emploi du chl. de calcium, du Kreüznach, du seigle ergoté, de l'électricité, de la ligature de l'artère utérine, même la castration sont des essais tentés pour vaincre les difficultés sans recourir à une opération dangereuse.

Je pense qu'il pourra en être ainsi avec la méthode aspirative, qui a pour elle quelque chose de physiologique et de rationnel. Elle peut être employée par les médecins pratiquants comme traitement d'essai, et j'ai l'espoir qu'elle pourra faire éviter à beaucoup de femmes les dangers du traitement chirurgical.

Pendant le temps écoulé depuis les expériences susdites, j'ai eu à traiter d'assez nombreux cas de fibromes de l'utérus. Voici, comme moyenne, le résultat obtenu :

1) Quand il s'agit de petites tumeurs, ou de tumeurs de la grosseur du poing, on peut, pendant un traitement de 6 mois ou un an, les voir diminuer beaucoup, et même disparaître tout à fait.

2) Un si bon résultat se montre surtout pour des tumeurs myomateuses, les tumeurs très dures se montrent plus rebelles.

3) Les tumeurs de personnes âgées de plus de 40 ans diminuent plus que celles de personnes plus jeunes.

4) Les grandes tumeurs elles-mêmes peuvent être arrêtées dans leur développement, voire même diminuer un peu.

5) Les métrorrhagies diminuent ordinairement pendant le traitement.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS

(INDICATIONS, TECHNIQUE ET RÉSULTATS)

Le raccourcissement des ligaments ronds est l'unique opération qui permette de réduire l'utérus en antéversion normale et physiologique sans produire des adhérences, toujours pathologiques. Le succès de toutes les autres opérations, dirigées

contre la rétro-déviation de l'utérus, est lié à la production d'adhérences plus ou moins étendues, plus ou moins résistantes.

Entre des mains expérimentées, le raccourcissement des ligaments ronds est une intervention aussi inoffensive et aussi efficace

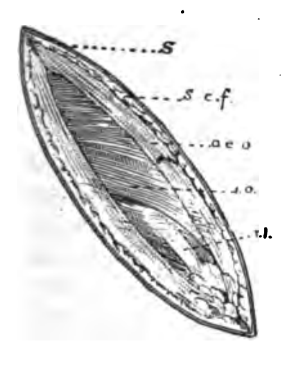


Fig. 1. — Incision, longue de 5 centim., intéressant l'aponévrose du grand oblique, ouvrant le canal inguinal de l'orifice externe à l'orifice interne et découvrant le muscle petit oblique et le ligament rond. Le ligament est plus ou moins caché suivant le développement plus ou moins grand du muscle petit oblique.

s., Peau ; *s.c.f.*, Graisse sous-cutanée ; *a.e.o.*, Aponévrose du grand oblique ; *i.o.*, Muscle petit oblique ; *r.l.*, Ligament rond.

que n'importe quel autre traitement chirurgical de la rétroversion. Au point de vue des grossesses futures, cette intervention reste absolument vierge des accidents, des véritables désastres que l'enquête a pu enregistrer au passif des hystéropexies abdominales et vaginales, ses deux rivales les plus importantes. Aussi, le

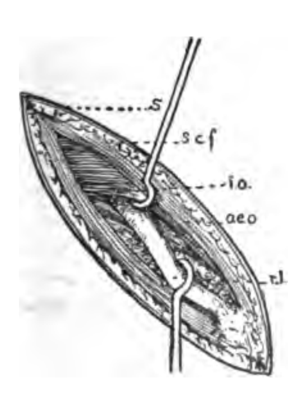


Fig. 2. — Isolement du ligament rond de ses insertions dans le canal inguinal.

s., Peau ; *s.c.f.*, Graisse sous-cutanée : *i.o.*, Petit oblique ; *a.e.o.*, Aponévrose du grand oblique ; *r.l.*, Ligament rond.

raccourcissement des ligaments ronds est-il indiqué et devient-il l'opération de choix toujours et dans tous les cas où il sera aussi nettement, ou plus nettement indiqué, qu'une de ses rivales.

Indications.— 1° Dans tous les cas, non compliqués, de rétroversion et de rétroflexion, réclamant un traitement chirurgical.

2° Dans les cas extrêmes et aggravés d'antéflexion de l'utérus.

3° Dans les cas de rétroversion ou d'antéflexion non adhérente.

4° Dans les cas de prolapsus simples des ovaires, qui exigent une intervention.

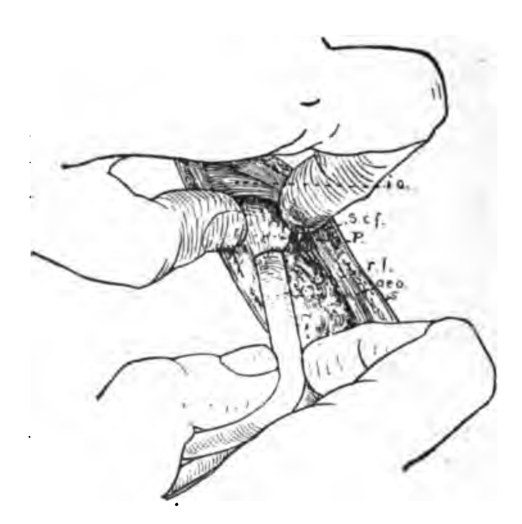


Fig. 3. — **Attraction du ligament rond hors de l'abdomen et refoulement de l'enveloppe péritonéale du ligament large.**

i.o., Petit oblique ; *s.c.f.*, Graisse sous-cutanée ; *p.*, Péritoine ; *r.l.*, Ligament rond ; *a.e.o.*, Aponévrose du grand oblique ; *s.*, Peau.

5° Dans les cas d'utérus rétrodéviés et adhérents, avec ou sans adhérences des trompes et des ovaires, ces organes étant d'ailleurs

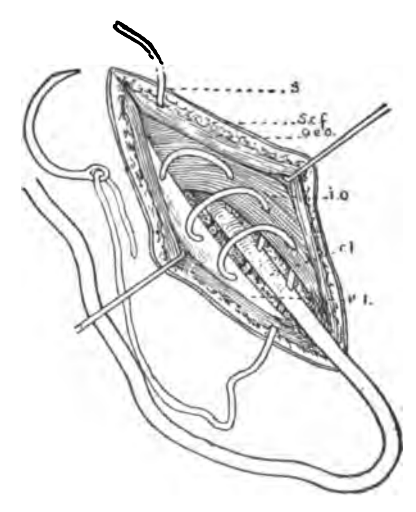


Fig. 4. — **Rangée profonde de la suture perdue au catgut (de 40 jours), embrassant le petit oblique et le muscle transverse, les ligaments rond et de Poupart. La partie profonde de l'anse supérieure (non visible sur la figure) au niveau de l'orifice interne du canal inguinal, qu'elle embrasse.**

s., Peau ; *s.c.f.*, Graisse sous-cutanée ; *a.e.o.*, Aponévrose du grand oblique ; *i.o.*, Petit oblique ; *r.l.*, Ligament rond ; *p.l.*, Ligament de Poupart.

dans des conditions militant en faveur de leur conservation. Les adhérences doivent être d'abord détruites par la colpotomie,

cœliotomie médiane, ou incision transpéritonéale au niveau de l'orifice inguinal interne.

Il faut toujours faire précéder le raccourcissement des ligaments

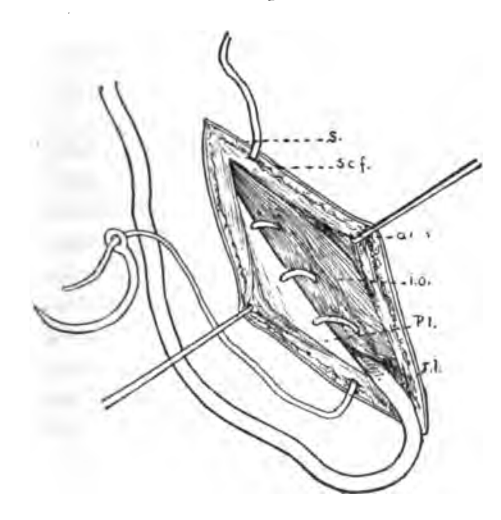


Fig. 5. — Rangée profonde de la suture serrée, oblitérant le canal inguinal.

s., Peau; *s.c. f.*, Graisse sous-cutanée ; *a. e. o.*, Aponévrose du grand oblique; *i.o.*, Petit oblique; *p.l.*, Ligament de Poupart.

ronds du curettage de l'utérus. D'autre part, on lui associe d'autres opérations d'après les indications propres à chaque cas.

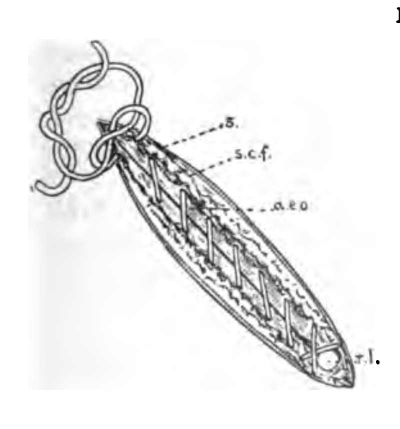


Fig. 6. — Rangée superficielle de la suture perdue au catgut fermant l'aponévrose du grand oblique et restaurant la paroi antérieure du canal inguinal. La partie saillante à travers l'anneau et les piliers de l'orifice externe traversés par l'anse la plus inférieure de la suture superficielle. Le nœud lâche, à l'extrémité supérieure, montre la meilleure manière de nouer le catgut perdu pour prévenir le glissement. Par-dessus, peau et graisse sont réunies par suture au catgut sous-cutanée.

Le ligament rond n'est jamais absent. Toutefois, il peut arriver qu'après sa sortie de l'orifice inguinal interne, il suive une direction insolite et qu'il s'insère d'une manière anormale. D'après l'expérience de l'auteur, le fait se produirait 2 fois p. 100.

La meilleure façon de raccoucir le ligament rond est la suivante: ouvrir sur toute sa longueur la paroi antérieure du canal inguinal, attirer le ligament au dehors de l'orifice inguinal interne, refouler en arrière le péritoine qui l'enveloppe, fermer la plaie d'après le procédé de Bassini pour la cure radicale de la hernie inguinale, laissant et fixant le ligament raccourci dans sa situation naturelle en arrière du bord inférieur du petit oblique.

Des 116 cas de l'auteur, 4 furent des *insuccés absolus*. Dans un cas, il fut impossible de découvrir l'un des ligaments. Le second et le troisième échec résultèrent de la gangrène des ligaments; enfin, le quatrième insuccès fut la conséquence d'adhérences méconnues d'un ovaire qui entraîna, dans l'intervalle d'un mois, les deux ligaments dans l'abdomen. Deux des femmes auxquelles se rapportent ces insuccès furent plus tard guéries, l'une d'elles par l'hystéropexie vaginale, l'autre par l'hystéropexie abdominale.

Il y eut *4 insuccès relatifs* dus à l'échappement dans l'abdomen d'un des ligaments ronds. Dans chacun de ces cas, l'auteur substitua immédiatement la ventrofixation à l'opération d'Alexander. Il préféra agir de cette façon que de se fier à un seul ligament pour maintenir la matrice. Une des opérées succomba, dans la semaine qui suivit l'opération, d'appendicite gangréneuse aiguë avec péritonite septique. Chez 106 autres femmes, l'utérus était en antéversion normale lors du dernier examen : durée de l'observation, d'un mois à 6 ans 1/2 après l'opération ; en moyenne, plus de 16 mois pour chacun de ces cas. L'auteur est convaincu que ces résultats peuvent encore devenir meilleurs.

Grossesses, 12 sur le total des cas traités avec succès. De ces 12, 2 terminées par avortement; 6 accouchements et délivrances à terme. Dans ces 8 cas, l'utérus resta en antéversion. A noter encore 4 grossesses actuelles, régulières et près du terme.

G. Edebohls.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (PARIS, OCTOBRE 1896)

Traitement des prolapsus génitaux *(suite)* (1).

Delbet. — Dans le cas où l'hystérectomie est indiquée on peut opérer de la manière suivante :

(1) Voir *Annales de gynécologie*, novembre 1896, p. 545.

Le col de l'utérus étant fixé et attiré en bas par une bonne pince de manière à bien tendre la paroi vaginale antérieure, je fais une incision verticale et médiane qui commence un peu en arrière du méat uréthral et se termine à la jonction du vagin et du col. Sur cette première incision j'en fais tomber perpendiculairement une seconde qui part du cul-de-sac vaginal droit et se termine sur le cul-de-sac vaginal gauche en contournant la face antérieure du col.

Je dissèque alors, de chaque côté de la première incision, un large lambeau triangulaire. La dissection doit se faire dans la cloison vésico-vaginale. Les lambeaux comprennent donc toute l'épaisseur de la paroi du vagin qui est considérable. La base du lambeau est la partie adhérente et correspond aux parties latérales du vagin, le sommet est l'angle formé par la jonction des deux incisions. Il faut pousser la dissection loin sur les côtés. Dans la portion voisine du col, chaque lambeau doit avoir au moins trois centimètres de haut, ce qui représente pour les deux lambeaux une surface d'avivement de six bons centimètres.

Lorsqu'il existe, ce qui n'est pas rare, des ulcérations sur la paroi antérieure du vagin, je modifie les incisions de manière à enlever avec l'utérus les parties ulcérées. Cela va de soi, je n'insiste pas.

Les deux lambeaux disséqués et irrigués je relève le col ; je le circonscris en arrière par une incision symétrique à celle qui a été faite en avant et j'ouvre immédiatement le cul-de-sac postérieur.

Arrivé là, on se trouve vis-à-vis de l'utérus dans la situation d'une hystérectomie ordinaire. L'opération est même facilitée par la dissection de lambeaux antérieurs qui permet de bien voir la vessie. J'enlève alors l'utérus en faisant des ligatures successives sur les ligaments larges. Rien de particulier dans ce temps de l'opération, si ce n'est que la ligature la plus élevée ne doit pas comprendre le ligament rond. On passe le fil le plus haut avec une aiguille mousse et courbe immédiatement au-dessous de ce dernier. Les deux ligaments ronds restent ainsi libres en dehors des moignons pédiculaires. Avant de les sectionner, on les repère, soit en les prenant dans un fil, soit en les saisissant avec une pince.

L'utérus enlevé, il reste à faire la pexie qui est en même temps, comme on va le voir, une colporrhaphie antérieure.

Les extrémités des deux ligaments ronds sectionnés sont amenées entre les deux lambeaux vaginaux jusqu'à la partie antérieure de la première incision longitudinale. Ils forment ainsi une forte sangle qui passe sous la vessie et sous l'urèthre. On les fixe dans cette position par quatre ou cinq points de suture qui doivent être passés de la manière suivante : c'est la partie la plus délicate de l'opération. Chaque point décrit un U dont les deux branches doivent être placées dans le même plan vertical de manière à affronter les deux lambeaux l'un à l'autre par toute leur surface cruentée. Le premier point est le plus rapproché du méat. Une aiguille de Reverdin courbe est introduite du côté gauche du vagin (côté droit de l'opérateur), à la base du lambeau par la surface muqueuse ; elle ressort par la surface cruentée dans l'angle adhérent du lambeau, au ras de la vessie, traverse les deux ligaments ronds, pénètre dans le lambeau droit (côté gauche de l'opérateur par la surface cruentée) et ressort au niveau de sa base par la surface muqueuse. Un fil de catgut est accroché et ramené, mais cela n'est que la moitié du point de suture. Pour le complèter, on repasse une seconde fois l'aiguille de la même façon, mais près du bord libre du lambeau et sans prendre le ligament rond. Le même fil est accroché et ramené. Les deux chefs sont fixés dans une pince. Les autres fils sont placés de la même façon, mais de plus en plus haut, c'est-à-dire en se rapprochant du vagin. Chaque fil doit prendre les ligaments ronds qu'on sent tendus sous le doigt. Les fils les plus élevés sont les plus difficiles à placer.

Les fils sont noués dans l'ordre où ils ont été placés en allant du méat vers le fond du vagin. A mesure qu'on les serre, le vagin attiré par les ligaments ronds se remet lui-même en place, en même temps les deux lambeaux s'affrontent par toute leur surface cruentée, formant par leur adossement une colonne épaisse et résistante. Si sur la partie saillante de cette colonne, les bords des deux lambeaux ne sont pas bien juxtaposés, on parfait l'affrontement par un surjet au catgut.

Dans cette opération il y a deux choses : 1° une colpocystopexie par l'intermédiaire des ligaments ronds ; 2° une vaste colporrhaphie antérieure. Au point de vue de la colporrhaphie, le résultat est le même que si on avait réséqué par le procédé ordinaire un lambeau ayant une largeur maximum de 6 centimètres.

Mais le résultat obtenu sans perte de substance et les deux lambeaux vaginaux conservés forment par leur adossement une colonne solide. Cette colonne s'atrophie un peu par la suite, elle perd ce qu'elle a d'exubérant à la fin de l'opération, mais il en reste quelque chose.

La colporrhaphie antérieure simple, sans hystérectomie, peut être faite de la même façon. C'est ainsi que je la pratique depuis un certain temps. Je fais même parfois une simple incision médiane et antéro-postérieure sur la paroi antérieure du vagin, puis je dissèque de chaque côté un lambeau en forme de croissant dont les deux extrémités sont pointues et dont la partie médiane à deux ou trois centimètres de large. Puis je place les points U comme précédemment, de manière à obtenir un vaste affrontement et la réfection de la colonne antérieure.

J'ai fait trois fois cette opération sans y joindre de périnéorrhaphie et trois fois j'ai eu des récidives. L'une s'est faite attendre dix-huit mois, mais elle ne s'en est pas moins produite au bout ce temps. Il faut donc toujours y joindre une périnéorrhaphie. Je me borne à soutenir que dans les cas où l'hystérectomie est indiquée il vaut mieux la faire par le procédé que je viens de décrire que par ceux qui sont actuellement connus.

TUFFIER (Paris) insiste sur ce fait que ces prolapsus sont souvent une manifestation d'un état général caractérisé par une infériorité physique. Ces prolapsus sont souvent l'origine de troubles fonctionnels d'autant plus accusés qu'ils siègent chez des femmes dont l'ensemble des viscères, y compris le système nerveux, est souvent altéré. Cette dystrophie explique le succès du massage et le peu de succès de certaines opérations, même les plus complexes. Les cicatrices sont défectueuses et, à côté de la ptose génitale, il existe d'autres ptoses viscérales du côté de l'estomac ou du rein qui compliquent encore le problème thérapeutique.

G. MARCHANT (Paris). — L'incontinence d'urine, liée au prolapsus génital, est connue de tous les chirurgiens, mais ils discutent encore sur la pathogénie de ce trouble, sur le traitement qui lui est applicable : les uns, en effet, incriminant l'urèthre, s'adonnent aux opérations qui ont pour but de dévier l'urèthre,

de le rétrécir; d'autres, au contraire, pratiquent une colpo-périnéorrhaphie, considérant la colpocèle antérieure comme le point de départ de l'incontinence.

Voici deux observations d'incontinence d'urine traitées et guéries par la colpo-périnéorrhaphie.

La première malade est une jeune femme de vingt-six ans, que son médecin, accoucheur distingué, me présenta comme atteinte d'une fistule vésico-vaginale. Depuis cinq ans, en effet, consécutivement à un accouchement, cette jeune femme perdait ses urines ou plutôt se sentait constamment mouillée et était obligée de se garnir : sans être morte socialement, elle était fort incommodée de cette infirmité. Son médecin avait cherché à plusieurs reprises la fistule sans la trouver, et il supposait que le trajet devait en être anfractueux et l'orifice petit, caché autour du col utérin.

Cette incontinence n'était pas absolue, la malade ne perdait qu'une partie de ses urines et c'est surtout dans les efforts, dans les accès de toux, après les fatigues, que s'accentuait cette incontinence. La nuit, l'écoulement était moindre, mais persistait.

En examinant cette jeune femme, je fus frappé de la béance de la vulve, de la flaccidité des téguments. Le col, abaissé, était gros et exulcéré. La paroi vaginale antérieure était abaissée.

Après avoir asséché le conduit vaginal, je recherchai l'orifice fistuleux, mais dans aucun des replis vaginaux, ni autour de l'utérus, il ne me fut possible de découvrir la moindre ouverture.

Les parois vaginales restaient sèches, pendant cet examen.

J'injectai alors dans la vessie d'abord 100 grammes, puis 200 grammes, puis 300 grammes de lait, sans que dans aucun point apparût la traînée lactescente révélatrice d'une communication anormale vésico-vaginale utérine.

J'étais très désappointé de ne rien rencontrer, lorsque je priai la malade de faire un effort, de tousser, et alors je vis l'orifice uréthral, pourtant normal, se laisser franchir et teinter par une nappe blanche.

Le diagnostic était fait. Il s'agissait d'une incontinence d'urine et non d'une fistule.

Le canal de l'urèthre me parut absolument normal; seuls, par rang d'importance, la colpocèle antérieure, la béance vulvo-vaginale, le gros col utérin abaissé, me parurent devoir être incriminés pour la pathogénie de cette incontinence.

L'acte opératoire découlait de ces constatations : je pratiquai dans la même séance une amputation du col, une colporrhaphie antérieure et une périnéorrhaphie.

Je puis vous dire que la malade est absolument guérie de son infirmité, et qu'elle est aujourd'hui consolée qu'on ne lui ait pas trouvé de fistule.

Le second fait que je veux vous relater, vous intéressera aussi cliniquement.

Il s'agit d'une femme âgée, qui est venue me consulter à Tenon, pour des crises douloureuses dans le bas-ventre, suivies, à brève échéance, d'un écoulement considérable de liquide, qui se fait brusquement. Ce liquide mouille les linges, sans les tacher, et n'aurait aucune odeur. Ces crises se répètent trois ou quatre fois par mois. Elles se produisent, soit au lit, soit pendant la marche.

L'examen, que je pratiquai avec le plus grand soin, ne me révéla aucune lésion capable d'expliquer ces pertes. L'utérus était légèrement augmenté de volume, en rétroflexion réductible. La vulve béante, élargie par cinq accouchements, la paroi vaginale antérieure tombante, le tout chez une femme à paroi abdominale flaccide, avec ectasie gastrique, et ptose du rein droit.

Je mis cette malade en observation : il me fut possible ainsi de constater :

1° Que le liquide, qu'elle rejetait en quantité notable, avait la composition de l'urine;

2° Qu'après cette émission de liquide, le cathétérisme, immédiatement pratiqué, ne ramenait qu'une quantité très petite d'urine;

3° Que la sonde à demeure, ou le cathétérisme répété à intervalles réguliers, supprimait les crises douloureuses et l'émission du liquide.

Je pus donc me convaincre par ces recherches, qui exigèrent une certaine patience de part et d'autre, que la vessie était le point de départ de cette intolérance.

Ne pouvant rapporter cette singulière incontinence qu'à la cystocèle et à la hernie de la vulve, je pratiquai encore chez cette malade une colpo-périnéorrhaphie, qui mit fin aux accidents.

Tels sont les faits que je voulais vous rapporter, je serais heureux si leur souvenir vous évite les hésitations diagnostiques par lesquelles je suis passé, et vous donne des succès thérapeutiques.

A. Boursier (Bordeaux). — Sans vouloir reprendre dans son ensemble l'étude de la pathogénie des prolapsus, si magistralement exposés dans le savant rapport de notre collègue M. Bouilly, je crois qu'il convient d'insister tout particulièrement avec lui sur cette sorte de dégénérescence spéciale, de dystrophie encore mal connue de tous les tissus et surtout du tissu musculaire, qui paraît avoir une importance de premier ordre, non seulement dans la production du prolapsus, mais aussi au point de vue du pronostic de la lésion et de sa curabilité.

Suivant le degré plus ou moins avancé de cette dystrophie particulière, tantôt le prolapsus paraît n'être qu'un fait d'épiphénomène accessoire dans une sorte de dégénérescence poussée très loin et aboutissant à une *ptose* généralisée de tous les viscères,

tantôt, au contraire, la lésion de nutrition est peu apparente, et les conditions mécaniques de déchirures prenant la première place, le prolapsus paraît n'être que le résultat d'un traumatisme local accidentel.

Entre ces deux cas extrêmes, toutes les variétés sont possibles; mais le pronostic est très variable suivant l'intensité des phénomènes de dénutrition. Ainsi, dans la première variété de faits, malgré le plus heureux groupemeut des restaurations opératoires, quelle que soit l'habileté de l'opérateur, l'insuccès thérapeutique sera souvent à redouter, et nous verrons fréquemment se reproduire plus ou moins complètement les lésions du prolapsus.

Dans le second ordre de cas, au contraire, les opérations de restauration donnent le plus souvent des résultats absolument satisfaisants.

Les chances d'insuccès opératoire et de récidive paraissent dues surtout à l'intensité des phénomènes de dystrophie, plutôt qu'au degré de déplacement lui-même. L'analyse de mes observations vient à l'appui de cette manière de voir; dans quelques cas où j'ai observé une récidive plus ou moins accusée, il s'agissait de malades à mauvais tissus avec ptose abdominale, tantôt avec un prolapsus primitif très accentué, tantôt avec un abaissement peu marqué. Au point de vue opératoire, je suis, comme notre rapporteur et la presque totalité des chirurgiens, partisan des opérations multiples, portant sur le périnée en première ligne, puis sur l'utérus, le vagin, l'appareil de suspension lui-même, mais en variant le groupement des actes opératoires suivant l'étendue des désordres, la variété des types cliniques et les indications spéciales tirées de l'étude de chaque cas en particulier. Cependant, même dans les cas les plus simples, j'ajoute à la colpopérinéorrhaphie, opération fondamentale, un curettage avec amputation du col suivant le procédé d'Hegar. Cette intervention est surtout destinée à combattre la métrite qui accompagne ordinairement le prolapsus. Il est probable néanmoins, que l'involution utérine provoquée par l'amputation du col, et le tissu cicatriciel vaginal qui en est le résultat, jouent un certain rôle dans la cure du prolapsus.

Les observations que j'ai à vous communiquer sont seulement au nombre de 17, mais comprennent à peu près toutes les variétés cliniques depuis les cas d'abaissements utérins incomplets avec chute partielle des parois vaginales, jusqu'aux prolapsus complets

avec issue totale et à peu près permanente de l'utérus en dehors de la vulve.

Aussi pour ne pas comparer entre elles des observations tout à fait dissemblables, je vous demanderai la permission de les diviser en plusieurs groupes variés selon l'étendue des lésions, et la nature des opérations pratiquées.

Dans le premier groupe, le plus nombreux, qui comprend *neuf observations*, je revois tous les faits d'abaissement partiel, cas dans lesquels l'utérus est plus ou moins descendu dans le conduit vaginal sans arriver à la vulve, avec une chute partielle des parois vaginales, entraînant seulement un très léger degré de cystocèle sans tumeur extérieure et sans qu'il y ait non plus le plus souvent de rectocèle.

Cette dernière lésion ne s'est, je crois, rencontrée qu'une fois dans ces neuf cas. Les opérations ont dans toutes ces observations consisté uniquement en curettage utérin avec amputation du col (Hegar), et en une colpopérinéorrhaphie suivant le procédé de Doléris.

Sur ces neuf malades, une d'elles est morte au cinquième jour après l'opération d'embolie pulmonaire.

Les huit autres ont eu des résultats opératoires immédiats excellents ; tous les phénomènes douloureux ont disparu après l'opération.

Les résultats tardifs, qui seuls méritent d'être considérés au point de vue de la cure du prolapsus, n'ont pas toujours été absolument parfaits. Deux des malades, qui n'habitent pas Bordeaux, n'ont pu être retrouvées ; j'ignore donc le résultat obtenu par l'intervention. Quant aux six autres que j'ai pu examiner de nouveau, il y a peu de jours, elles ont été opérées depuis 26 mois, 12 mois, 8 mois, 5 mois et demi, 5 mois et 4 mois. Presque toutes ont été complètement guéries par l'opération ; il n'y a plus aucun phénomène de prolapsus, ni aucune douleur. Une d'entre elles éprouve encore quelques douleurs du côté des annexes avec un peu de métrite, mais son prolapsus est complètement guéri. — Une autre, Mme L..., opérée depuis huit mois, souffre de l'utérus et a fait une salpingite récente qui l'a ramenée à l'hôpital. Elle présente une chute nouvelle de sa paroi vaginale antérieure, un retour de la cystocèle, encore peu accentuée.

Dans une seconde catégorie, composée de quatre cas, il s'agit

de malades qui nous montrent des lésions un peu plus accentuées: l'utérus prolabé est encore intra-vaginal mais très bas, la chute des parois vaginales est plus avancée, la cystocèle est beaucoup plus marquée; deux d'entre elles avaient en outre de l'incontinence d'urine. Les interventions chirurgicales ont été plus complexes. En outre de l'amputation du col et de la colpopérinéorrhaphie, j'ai pratiqué ici une colporrhaphie antérieure chez trois malades, et cette opération a été remplacée chez la quatrième par une torsion de l'uretère (procédé Pousson) pour obvier à son incontinence d'urine.

Trois de ces malades ont quitté l'hôpital en très bon état, le résultat immédiat était excellent.

La quatrième, femme très indocile, a présenté une suppuration partielle de la suture périnéale, aussi la restauration incomplète de son périnée faisait prévoir une récidive rapide. Elle est opérée seulement depuis cinq mois, l'utérus est encore en bonne situation, mais la rectocèle et surtout la cystocèle sont en train de se reproduire.

Des trois autres, deux ont une guérison complète de leurs prolapsus, au bout de six et neuf mois ; ce sont les deux malades, qui avaient présenté de l'incontinence d'urine. La troisième, dont l'opération remonte à sept mois, a vu peu à peu revenir ses douleurs et la cystocèle qui était d'ailleurs assez considérable est aujourd'hui presque complètement reproduite. C'est donc un véritable insuccès.

Il me reste enfin à vous parler d'un dernier groupe de malades encore au nombre de quatre et chez lesquelles j'ai cru devoir ajouter aux opérations des hernies vaginales, une correction de l'appareil suspenseur de l'utérus, qui a consisté tantôt en une opération d'Alexander (2 cas), tantôt en une hystéropexie abdominale (2 cas). Ces opérations ont été motivées trois fois par l'existence de prolapsus totaux avec utérus complètement en dehors de la vulve, cystocèle considérable, allongement hypertrophique du col, etc.

Enfin chezla dernière malade j'ai pratiqué une colpopérinéorrhaphie et une hystéropexie abdominale pour combattre une récidive de prolapsus, que n'avait pu corriger une amputation du col avec curettage faite un an auparavant par un autre chirurgien.

De ces quatre malades une seule a eu un mauvais résultat

immédiat C'était une femme de 63 ans, cardiaque, très affaiblie et qui avait un prolapsus total. Elle avait subi, dans la même séance, un curettage avec amputation du col, une colporrhaphie antérieure, une colpopérinéorrhaphie et le raccourcissement des ligaments ronds. Elle a eu à la suite une bronchite généralisée, au cours de laquelle elle a fait un phlegmon grave de la paroi abdominale du côté droit avec suppuration étendue et propagée à l'une de ses plaies opératoires. Elle a très lentement guéri de tous ces accidents, les restaurations ont été très incomplètes. Aujourd'hui, huit mois après son opération, son prolapsus est en pleine récidive : la cystocèle est largement reproduite et son utérus commence à redescendre.

Chez les trois autres, le résultat obtenu était excellent au moment où elles ont quitté l'hôpital.

Chez l'une d'entre elles qui avait des lésions très complètes, la guérison s'est maintenue au bout de 15 mois aussi parfaite qu'au premier jour, bien qu'elle exerce une profession pénible et fatigante.

La seconde, qui avait, elle aussi, un prolapsus total, n'a vu persister la guérison complète que pendant trois mois. Dès le quatrième mois elle a recommencé à souffrir un peu, et à l'heure actuelle la chute vaginale est en train de se reproduire, tandis que son utérus solidement maintenu par une hystéropexie abdominale est encore en excellente position.

La dernière enfin, qui avait subi l'hystéropexie pour combattre un début de récidive de prolapsus, nous l'avons revue seulement une fois, deux mois après son opération ; sa guérison était encore absolument complète. Depuis elle a quitté le pays et nous n'avons pu la retrouver.

Si maintenant nous récapitulons la série de ces observations, un peu longuement analysées, nous pouvons voir que sur 17 cas d'interventions chirurgicales variées, pour cas divers de prolapsus génitaux, nous avons observé cinq fois, au bout d'un temps variant entre deux ans et demi et quatre mois, des récidives plus ou moins complètes de la lésion primitive. Ces insuccès thérapeutiques méritent d'être étudiés un peu plus en détail, et c'est par là que je désire terminer ma communication.

Tout d'abord nous ferons observer que ces récidives se trouvent aussi bien chez des femmes ayant des lésions primitivement peu accentuées que dans des cas de prolapsus total.

Nous pouvons aussi laisser de côté les deux faits dans lesquels les mauvais résultats ont été dus à des accidents opératoires : suppuration de la périnéorrhaphie, dans un cas, phlegmon grave de la paroi abdominale dans un autre cas. Les accidents infectieux suffisent pour expliquer l'insuccès des restaurations opératoires. Pour les trois autres malades, au contraire, les opérations pratiquées, variables dans chacune des observations, ont guéri sans aucun accident. Chaque fois immédiatement après la guérison opératoire, ces femmes ont pu se croire guéries, car les résultats immédiats étaient excellents, et cependant au bout d'un temps relativement court, environ trois à six mois, elles ont vu peu à peu se reproduire une récidive plus ou moins complète.

L'explication de ces récidives me paraît devoir être cherchée dans l'état particulier de dystrophie des tissus qui existent chez ces malades.

1° L..., 35 ans, est très grosse, à ventre volumineux, et à parois très flasques. Elle a subi il y a quelques années à Toulouse une laparotomie pour l'ablation d'une tumeur sur laquelle elle ne peut donner aucun renseignement. La cicatrice de la laparotomie est élargie et laisse passer une petite hernie. Elle souffre du ventre et présente des phénomènes d'entéroptose, son foie et ses reins paraissent cependant en bonne situation. Au moment de son opération, le vagin était très large, l'utérus volumineux et bas, il y avait une rectocèle et une cystocèle assez marquée. Le 27 mai 1896, curettage et amputation du col, colpopérinéorrhaphie. Elle quitte le service le 12 mai en excellent état. Dès le 4 juillet elle revient nous voir et nous pouvons constater un léger abaissement de la paroi vaginale. Depuis, la cystocèle s'est nettement accentuée.

2° V..., 43 ans, est aussi une femme très forte, très grasse, avec un abdomen très développé. Elle a eu trois enfants. Son prolapsus a débuté il y a 12 ans, après son second accouchement, et s'est constamment développé malgré le port constant de pessaires. A son entrée, on constate des phénomènes d'entéroptose très nets avec troubles gastriques intestinaux et deux hernies inguinales survenues en même temps que le prolapsus et maintenues par un bandage. Le périnée est partiellement déchiré et entièrement ramolli ; l'utérus est abaissé avec col bas et gros ; on trouve en même temps une endométrite accusée et une cystocèle volumineuse.

Je fais à la malade, en une séance, un curettage avec amputation du col, une large colporrhaphie antérieure et une colpopérinéorrhaphie. Elle quitte l'hôpital en très bon état et recommence à travailler. Deux mois après environ, les douleurs reparaissent, la malade retombe peu à peu dans l'impossibilité de faire le moindre travail de force. La dernière fois que nous l'avons vue, sept mois après son opération, l'utérus commence

de nouveau à s'abaisser et la cystocèle est en grande partie reproduite.

3° R..., 39 ans, est une femme d'embonpoint moyen, très blonde, à chairs molles et flasques, et qui paraît beaucoup plus âgée que son âge. Elle n'a eu que deux enfants, à 35 et à 36 ans, et son prolapsus a débuté tout de suite après son premier accouchement. Elle se présente à nous avec un prolapsus total comprenant une chute complète du vagin avec cystocèle et rectocèle, entre lesquelles on trouve un col volumineux, complètement en dehors de la vulve et notablement allongé. Le corps est petit, néanmoins l'utérus mesure près de 12 centimètres. Je fais, le 10 juin dernier, à la malade un curettage avec large amputation du col ; une colpopérinéorrhaphie, une colporrhaphie antérieure et une hystéropexie abdominale. Elle quitte l'hôpital un mois plus tard en bon état. Cependant je constate que le vagin semble encore assez lâche et la revois au début d'octobre ; elle recommence à souffrir un peu. L'utérus est très solidement maintenu à la paroi abdominale, mais le périnée est mou et insuffisant et la chute des parois vaginales commence à se reproduire.

De la lecture de ces trois observations, dans lesquelles, ainsi que je l'ai déjà dit plus haut, avec des lésions primitives de prolapsus très variables comme degré, après des corrections opératoires multiples et appropriées à l'étendue des déplacements, la récidive s'est produite au bout d'un temps qui a varié entre deux et trois mois, il me semble résulter qu'il faut chercher la cause principale de la reproduction des lésions dans la dystrophie générale des tissus, la dénutrition musculaire, dont ces malades présentaient toutes trois des signes évidents. Peut-être alors, dans les cas analogues, on pourrait avec avantage faire suivre les interventions opératoires d'un traitement médical approprié et longtemps continué, qui rendrait plus durables et quelquefois définitifs les résultats obtenus par l'opération.

JACOBS (Bruxelles). — Je ne veux aborder qu'un point limité de cette vaste question, celui du *traitement opératoire du prolapsus génital total.*

Les facteurs qui dominent toute la pathogénie du prolapsus total sont le relâchement et la hernie de la muqueuse vaginale, la béance de la vulve ; ils se trouvent être influencés singulièrement par l'âge et par l'état général de la malade, de telle sorte que le rôle complexe que jouent ces facteurs dans les manifestations de l'affection force le chirurgien à ne pas être systématique dans tel ou tel genre d'intervention ; dans certaines condi-

tions, une opération plastique peu compliquée donnera un résultat définitif, tandis que dans d'autres conditions les interventions les plus graves, les plus complexes échoueront.

Si nous ne prenons en considération que les lésions anatomiques locales, nos moyens d'action sont relativement limités : l'expérience démontre que parmi la série si longue des opérations destinées à réparer le vagin et le périnée, il ne faut conserver que les procédés de colpopérinorrhaphie et des colporrhaphies antérieures et postérieures. S'il n'y a ni rectocèle ni cystocèle, si le volume de l'utérus est normal, s'il n'y a ni tumeur utérine ni annexielle, la réparation ou la consolidation du périnée est généralement suffisante pour obtenir d'excellents résultats. Mais c'est là un fait exceptionnel, tant il est rare de voir réunies les conditions exigées.

Le relâchement, ou la déchirure du périnée, s'accompagne généralement de rectocèle et de cystocède, qui demandent les colporrhaphies et la colpopérinéorrhaphie. Le choix du procédé est question de préférence, de main opératoire. Le succès durable sera dû aux avivements larges, aux sutures nombreuses. Je ne crains pas, dans les cas où l'avivement est très étendu, d'utiliser les sutures perdues au crin de Florence. Si aux lésions vaginales et périnéales viennent s'ajouter les lésions utérines et annexielles le succès des plastiques devient illusoire et nous devons recourir aux opérations plus conséquentes : la résection vaginale du col, l'hystérectomie vaginale.

Cette dernière opération, faite de parti pris, ne donne que de tristes résultats si elle n'est pas accompagnée ou suivie de résections vaginales, l'exubérance de l'étoffe vaginale ne diminuant pas par le fait de l'ablation de l'utérus. Aussi la récidive est-elle la règle.

L'hystérectomie vaginale accompagnée ou suivie de résection de la muqueuse du vagin donne des résultats satisfaisants.

Enfin la résection sus-vaginale du col avec résection étendue du vagin est une opération qui a pu donner à quelques opérateurs d'excellents résultats, mais dont personnellement je n'ai jamais observé des résultats durables.

Je considère comme opérations devant être abandonnées dans la cure du prolapsus le raccourcissement des ligaments ronds et l'hystéropexie abdominale. Ce sont des opérations irrationnelles

qui ne donnent dans les cas de l'espèce que de tristes résultats tardifs. Elles ne peuvent réussir, fût-ce momentanément, que si on les complique des opérations commandées par toutes les autres lésions du canal génital.

Si donc nous résumons les moyens chirurgicaux auxquels nous pouvons recourir avec chances de succès, nous voyons qu'ils se résument en :

La périnéorrhaphie, suivant certaines conditions rares.

Les colporrhaphies associées à la périnéorrhaphie.

L'hystérectomie vaginale associée aux résections de la muquouse vaginale.

J'ai recherché les résultats que m'ont donnés ces opérations jusqu'au 1er janvier 1896.

Sur 167 colporrhaphies (antérieures, postérieures et colpopérinéorrhaphies) je trouve :

	72 cas de 25 à 40 ans..............	3 récidives.
	44 cas de 40 à 50..................	17 —
	43 cas de 50 à 76..................	37 —
Sur	18 hystérectomies vaginales.......	8 —
»	67 périnéorrhaphies...............	11 —
»	11 hystéropexies abdominales......	10 —

Soits, ur un total de 273 opérations, 86 récidives.

Ce chiffre énorme de 30 p. 100 récidives m'a amené comme tant d'autres à rechercher une thérapeutique opératoire qui pût donner de meilleurs résultats éloignés.

En général, les opérations réussissent bien lorsque la malade est jeune, que ses tissus présentent l'élasticité et la résistance que demande le rôle de soutiens qu'ils sont appelés à remplir. Dès que l'âge amène dans l'appareil génital, les opérations plastiques, les hystérectomies ne donnent que des guérisons passagères.

Aux environs de la ménopause, l'opération la plus rationnelle est l'hystérectomie vaginale. Je la fais suivre à quelques semaines de distance de plastisques vaginaux. Malheureusement, sur les cas que j'ai opérés ainsi de parti pris, j'ai observé au bout de quelques mois l'apparition d'un prolapsus vaginal qui résiste à toute opération plastique subséquente. C'est afin d'éviter cette récidive vaginale, que j'avais préconisé, en 1893, une opération que

M. Bouilly a bien voulu rappeler dans son rapport : la colpostricture. Elle consistait à placer de distance en distance, sous la muqueuse vaginale et perpendiculairement à l'axe du conduit, des sutures en bourse au crin de Florence. Elles formaient une série de pessaires qui devaient s'opposer au prolapsus du vagin. Je me hâte de dire que l'expérience m'a fait rapidement abandonner cette opération, les fils étant rapidement et spontanément expulsés du vagin et par suite le résultat devenant nul.

Enfin, Messieurs, j'en suis arrivé à pratiquer depuis quelques mois une opération abdominale qui jusqu'à présent m'a donné des succès remarquables, la trachélopexie ou la colpopexie ligamentaire (1).

Il est évident que cette opération sera réservée au cas de prolapsus total externe, anciens et rebelles, et non à ces nombreux cas de colpocèle avec léger prolapsus utérin dont nous nous rendons maîtres facilement par les plastiques.

En d'autres termes, les indications de cette opération seront limitées.

Jusqu'à ce jour j'ai eu l'occasion de la pratiquer 7 fois, 5 fois en exécutant la trachélopexie, 2 fois la colpopexie. Toutes mes malades, sauf une, avaient dépassé la quarantaine et portaient un prolapsus externe total depuis des années, 2 d'entre elles avaient subi des opérations plastiques vaginales, rapidement suivies de récidive.

6 de ces malades (1re opération date du 14-1-95) sont actuellement guéries, peuvent se livrer à leurs occupations, ont recouvré la santé. J'insiste sur ce fait que les premières malades se livrent à des travaux pénibles (repassage, lavage, etc.).

Je signale le 7e cas comme décès tardif. La personne, âgée de 47 ans, succomba le 18e jour après l'opération, à une affection spécifique du pylore. La guérison opératoire avait été rapide, la malade s'était même levée pendant trois jours, quand ont éclaté les accidents qui amenèrent rapidement la mort.

BERRUT (Paris). — Arrivant au traitement, après avoir exprimé le regret d'être obligé de combattre les conclusions du rappor-

(1) Voir, pour les descriptions, de cette opération. *Annales de gynécologie*, mars 1896, t. I, p. 237.

teur et des orateurs qui ont successivement pris la parole, l'auteur de la communication dit :

Dans le traitement de l'abaissement et de la descente de l'utérus les procédés opératoires sont empruntés à deux méthodes :

La diérèse, διαίρεω — je divise — qui divise les tissus.

La prothèse — προ au lieu de, τίθημι je place — qui, respectant l'intégrité de la trame organique, vient par un moyen artificiel au secours de son insuffisance.

Diérèse. — D'après l'auteur, dans les cas de prolapsus utérin, le chirurgien ne doit pas supprimer l'organe par l'hystérectomie. Il ne doit avoir recours ni à l'épisiorrhaphie ni à la colporrhaphie totale qui suppriment la copulation, ni au raccourcissement des ligaments ronds, ni à l'hystéropexie qui compromettent la gestation et la maturité du produit de la conception.

Ces opérations peuvent aveugler la porte de sortie de l'organe prolabé ; elles peuvent accrocher, sans précision, à un fil mal fixé sur des parties molles mobiles, l'utérus dur et pesant en laissant flottantes les parois vaginales. Mais par aucune d'elles on n'est parvenu à replacer l'utérus dans sa situation normale.

Prothèse. — Le traitement prothétique donne à l'appareil génital un plancher pelvien artificiel suppléant l'insuffisance du plancher naturel.

Par l'opération de la réduction et de la contention il replace l'utérus et le maintient dans la position reconquise.

Conclusion. — Dans le traitement de la procidence du vagin et de l'utérus, aux défaillances de la diérèse qui, malgré ses excès opératoires, n'a pas encore produit un seul fait de réduction et de contention de l'organe prolabé, préférer la prothèse qui réalise avec exactitude la reposition de l'utérus dans sa situation normale par la réduction et la contention mécanique, qui fait cesser les accidents et qui quelquefois conduit à une cure radicale, après la suppression de l'anneau, par le retour de la tonicité des organes de fixation et de support.

Il faut de plus remarquer que par le traitement prothétique la femme conserve le plein exercice de ses fonctions de génération.

Delaunay (Paris). — Dans les prolapsus génitaux complets et anciens, ce n'est pas à l'utérus ou au vagin séparément qu'il faut s'attaquer, mais à ces deux organes réunis. Rattacher l'utérus à la

paroi abdominale ou fixer le dôme vaginal après ablation totale ou partielle de la matrice, ce n'est pas résoudre la difficulté, mais la reculer. Ce n'est pas parce que l'on aura remonté le vagin que les parois seront devenues moins lâches, que le plancher périnéal sera plus solide. Or, relâchement des parois vaginales et déchirure ou faiblesse du périnée sont dans la grande majorité des cas les deux facteurs principaux du prolapsus génital. L'abaissement de l'utérus, ou plus exactement son allongement hypertrophique, n'est ici qu'une conséquence, c'est l'effet et non la cause, et l'acte chirurgical qui portera sur cet organe sera secondaire et nécessairement limité à l'obstacle apporté à la thérapeutique complète à la cause initiale, c'est-à-dire à la reconstitution du vagin et du périnée.

Dans les cas où l'hystérectomie est indiquée nous croyons qu'il y a avantage à faire l'opération complète en une seule séance. Point n'est besoin pour cela de remplacer les pinces par des ligatures. Nous donnons au contraire la préférence aux premières parce qu'elles nous permettent une rapidité plus grande et nous donnent plus de sécurité au point de vue de l'hémostase. L'important est de combiner les temps opératoires de façon à ne pas être gêné. Voici comment nous procédons :

Nous traçons sur la paroi postérieure du vagin un large lambeau de Hegar et nous réséquons, non la muqueuse seule, mais toute l'épaisseur de la paroi vaginale. Nous passons ensuite des fils d'argent séparés, mais nous ne les nouons pas car nous aurions alors un champ opératoire trop étroit et nous ne pourrions plus manœuvrer. Ceci fait, nous enlevons sur la paroi antérieure un lambeau triangulaire ou mieux rectangulaire aussi large que possible, et dans un troisième temps nous pratiquons l'hystérectomie vaginale, pour laquelle en général deux pinces de Péan suffisent de chaque côté. Il ne nous reste plus alors qu'à fermer par un surjet au catgut la plaie de la paroi antérieure pour terminer la colporrhaphie antérieure et à lier les fils postérieurs pour compléter la colpopérinéorrhaphie.

Nous avons pratiqué trois fois cette opération ; la première il y a trois ans et les deux autres il y a 18 et 14 mois, et toujours nous avons obtenu un résultat complet sans avoir encore observé de récidive, du moins pour les deux dernières, car la première a été perdue de vue.

J. Boeckel. — Avant la ménopause, l'hystérectomie vaginale ne devra être pratiquée dans les prolapsus génitaux qu'à titre exceptionnel : 1° lorsque les opérations plastiques tentées antérieurement auront échoué ; 2° lorsque l'ancienneté et le volume du prolapsus feront pressentir un insuccès certain par l'emploi des méthodes d'autoplastie seules ; 3° lorsque la réduction ne pourra être maintenue par suite d'hypertrophie utérine ; 4° lorsque le prolapsus, en quelque sorte étranglé, ne pourra être réduit.

L'hystérectomie vaginale devra toujours être suivie de la périnéorrhaphie immédiate. Celle-ci sera très largement faite ; le succès n'est certain qu'à cette condition.

Ces opérations combinées donnent des résultats bien supérieurs à ceux des autoplasties simples, et la mortalité en est faible : pour ma part, sur 8 cas, j'ai eu 8 guérisons.

Après la ménopause, l'hystérectomie vaginale ne présente plus de contre-indications, toutes choses égales d'ailleurs, et l'âge avancé même ne saurait plus aujourd'hui nous arrêter.

A. Routier. — Je dois à mon passage chez Le Fort, comme chef de clinique, d'avoir plusieurs fois essayé son procédé de cloisonnement du vagin. Mais, peu satisfait des résultats qu'il m'a donnés, je me suis rejeté sur les divers procédés de colporrhaphie, de périnéorrhaphie avec amputation du col utérin, essayant autant que possible d'obéir aux diverses indications fournies par la maladie, empruntant aux divers et multiples procédés ce qui me paraissait le meilleur pour arriver à réaliser cette formule : refaire un périnée épais et résistant, refaire un vagin long et très étroit, diminuer l'utérus de tout ce qui pourrait le rendre plus lourd ou plus gros.

J'ai dû dans certains cas essayer de toutes les méthodes, depuis le pessaire jusqu'à l'hystérectomie, mais il me semble que c'est là une méthode d'exception qui aggrave la cure du prolapsus et qui employée seule serait toujours insuffisante.

Dans les cas de tumeurs des ovaires, ou de tumeurs abdominales favorisant ou occasionnant un prolapsus, il faut tout d'abord s'adresser à cette tumeur et son ablation est quelquefois suivie de guérison.

De même si l'utérus est pathologique, ce qui est rare, l'hystérectomie trouve son indication.

Le pessaire, quoi qu'on en ait dit, suffit bien souvent à guérir le prolapsus, surtout si on a eu soin de reconstituer le périnée par une bonne périnéorrhaphie.

Quand pour diverses raisons, je me décide à la cure sanglante, je fais d'habitude une large colporrhaphie antérieure et postérieur avec ablation en tout ou partie du col, toutes les sutures profondes étant faites au catgut à l'huile de genévrier; puis je pratique une périnéorrhaphie au fil d'argent.

Je n'ai jamais perdu de malades et mes résultats immédiats ont toujours été satisfaisants.

Plus tard il s'est quelquefois produit des récidives, une seule fois le prolapsus s'est reproduit total; il y avait eu, il est vrai, un accouchement après mon opération.

Le plus souvent, la récidive se fait sous forme de cystocèle; même dans ces cas, les malades se trouvent soulagées et très améliorées.

LEJARS fait quelques remarques sur la technique des opérations plastiques vaginales employées dans les cas de prolapsus.

L'hystérectomie trouve son indication dans le seul cas où la malade a dépassé l'âge de la ménopause, mais, ici encore, elle rencontre des contre-indications et, dans tous les cas, elle a besoin d'être complétée par des opérations plastiques portant sur le vagin et sur le périnée.

Les meilleurs résultats sont fournis par les opérations plastiques vagino-périnéales, combinées à l'amputation du col ou à l'hystéropexie, pourvu que dans le manuel opératoire on tienne compte de certaines indications; les prolapsus utérins s'accompagnent le plus souvent de cystocèle et de rectocèle, et alors les muqueuses vésicale et rectale prolabent tout autant que la paroi vaginale elle-même, et par suite chacune d'elles réclame une intervention distincte.

M. Lejars conseille donc une *colporrhaphie à plicatures profondes;* après un large avivement des parties superficielles, on obtient le rétrécissement des couches profondes par une plicature très étendue, puis on suture la muqueuse vaginale et on termine par la restauration du périnée. Cette méthode réprésente une colporrhaphie complétée par une véritable cystorrhaphie et une véritable

rectorrhaphie. L'auteur l'a mise en pratique une trentaine de fois avec les meilleurs résultats.

DEMOULIN rapporte un cas de prolapsus utérin traité par l'hystérectomie suivie de mort rapide, où l'autopsie démontra l'existence de lésions rénales très graves. Une deuxième hystérectomisée a guéri, mais après avoir présenté des troubles urinaires. Il croit qu'un des principaux facteurs de gravité de l'hystérectomie réside dans les lésions des voies urinaires (reins et uretères) que l'on observe chez les femmes atteintes de prolapsus utérin.

Hystérectomie dans les fibromes.

F. TERRIER (Paris). — Dans ces derniers mois j'ai pratiqué 14 fois l'hystérectomie abdominale suivant un procédé rappelant celui préconisé par Henry Delagénière (du Mans). Dans douze cas de fibromes utérins, simples ou compliqués ; dans un cas d'épithélioma du corps utérin et enfin dans une grossesse extra-utérine ; j'obtins quatorze succès sur ces quatorze opérations.

Ces 14 opérations peuvent être divisées en deux séries :

Dans la première, me rapprochant plus ou moins du type décrit par mon ami H. Delagénière, j'ai fait l'ablation totale de l'utérus : l'*hystérectomie abdominale totale*.

Dans la seconde, et pour des raisons spéciales, en particulier l'impossibilité d'une désinfection vaginale parfaite, je me suis borné à pratiquer l'ablation sus-vaginale de l'utérus : l'*hystérectomie abdominale sus-vaginale*.

Voyons ces deux opérations :

1° *Hystérectomie abdominale totale.*— L'abdomen ouvert largement, la malade étant dans la position de Trendelenburg, j'ai soin d'attirer le fibrome, ou l'utérus hypertrophié en haut et en avant à l'aide d'un véritable tire-bouchon imaginé et utilisé par H. Delagénière.

Le premier temps opératoire consiste alors à lier les annexes des deux côtés avec un double fil de forte soie stérilisée et une des anses reste sur l'utérus qu'on enlève, l'autre sur le pédicule utéro-ovarien. Ces anses ne sont donc pas entrecroisées et la section du pédicule a lieu entre ces anses. Souvent on est obligé de refaire le pédicule utéro-ovarien en ce sens que l'anse simple du fil de soie tend à glisser. Cette ligature est suivie de la section et de l'excision des annexes : trompes et utérus.

On conçoit que dans les cas de pyosalpinx ou d'hémosalpinx, ce premier temps opératoire soit entièrement analogue à celui d'une double opération d'ovario-salpingectomie, avec ou sans destruction d'adhérences dans les culs-de-sac de Douglas ou en arrière de l'utérus hypertrophié ou fibreux.

Dans ces cas, on a grand soin de placer de suite une double ligature en chaîne et définitive sur les deux pédicules utéro-ovariens.

Le deuxième temps consiste à tailler d'abord en avant, puis en arrière de l'utérus un lambeau péritonéal, convexe en haut et se terminant à droite et à gauche au niveau des pédicules utéro-ovariens liés. Autant ce lambeau est facile à isoler en avant de l'utérus, en évitant d'entamer la vessie ; autant il est souvent difficile de le tailler sur la face postérieure de l'organe, où le péritoine est plus mince et plus adhérent. Et cette difficulté ne fait qu'augmenter dans les cas où il existait des altérations des annexes et que ces annexes étaient adhérentes à la face postérieure de l'utérus et dans le cul-de-sac recto-utérin. Le plus souvent, alors, on ne peut tailler qu'un lambeau fort incomplet et se déchirant avec une grande facilité. Ces deux lambeaux péritonéaux sont repérés et maintenus par une série de pinces à pression ; on en poursuit le décollement aussi loin que possible jusqu'au niveau probable des insertions vaginales autour du col.

Dans le troisième temps, j'ai l'habitude de placer à droite et à gauche de l'utérus, au niveau du col, une ou deux fortes pinces à pression, de façon à interrompre le cours du sang dans les deux utérines et d'être maître de toute hémorrhagie au moment où, pour me donner du jour, j'enlève la tumeur jusqu'au-dessus du col utérin.

Cet enlèvement est fait soit à coups de ciseaux, soit au bistouri, prêt à placer des pinces de Kocher sur les petits vaisseaux artériels qui donneraient encore, ce qui est assez rare.

J'ai trouvé que cette manière de procéder facilitait le reste de l'opération, c'est-à-dire l'ouverture des culs-de-sac vaginaux en avant et en arrière du col. De plus, elle permet de terminer l'opération totalement débarrassée de la plus grande partie de la masse utérine qui, par son volume, gêne dans l'exploration et les manœuvres au fond du bassin.

Le quatrième temps a pour objet l'ouverture des culs-de-sac du

vagin ; dans ce but une pince courbe, ou une sonde courbe rigide placée dans le vagin jusque dans le cul-de-sac antérieur d'abord, puis dans le postérieur, me semble bien plus utile que le tamponnement du vagin par la gaze iodoformée. Le doigt reconnaît facilement l'extrémité d'une sonde métallique ou rigide alors que le tampon de gaze iodoformée est bien plus difficile à sentir.

On peut encore utiliser une longue pince courbe dont l'aide écarte les mors quand il l'a conduite sur le doigt jusqu'en avant ou en arrière du col, selon que l'on cherche à ouvrir le cul-de-sac antérieur ou le postérieur. Cette manœuvre demande un aide expérimenté et bien habitué au toucher vaginal.

Le moignon utérin formé par le col étant saisi avec une forte pince de Richelot et attiré en haut, la pince ou le cathéter placé dans le cul-de-sac antérieur du vagin, reconnus, on incise les parties en rasant le col et ouvrant le cul-de-sac antérieur.

Même manœuvre, souvent plus difficile, pour le cul-de-sac postérieur.

C'est alors qu'aux pinces à pression solides situées sur les utérines, à droite et à gauche du col, on substitue une ou mieux deux ligatures en chaîne, qu'en général je passe à l'aide de l'aiguille de Reverdin, de façon à bien les fixer dans les tissus et d'éviter tout déplacement ultérieur des fils.

Le col, libéré du vagin en avant puis en arrière, est alors isolé sur les parties latérales et enlevé. Au cas où quelques artérioles du vagin donneraient du sang, on les pince, et mieux encore on les lie avec un fil de soie après pincement.

Ceci fait, une première série de sutures, toujours à la soie stérilisée, soit en surjet, soit en points séparés, unit la paroi vaginale antérieure à la paroi postérieure. La séparation est donc complète entre le vagin et les parties supérieures sous-péritonéales. Puis on fait l'occlusion de la cavité sous-péritonéale, en unissant par un long surjet à la soie stérilisée et assez résistante, les deux lambeaux péritonéaux taillés dans le deuxième temps de l'opération.

Cette suture en surjet doit commencer un peu en dehors d'un des pédicules utéro-ovariens et finir un peu en dehors de l'autre pédicule. Étant d'habitude placé à droite de la malade que j'opère, je commence cette suture en surjet en dehors du pédicule analogue droit.

Quoi qu'il en soit, cette manœuvre a un but, c'est *d'immerger* dans la suture les deux pédicules qui, dès lors, deviennent sous-péritonéaux et de laisser ainsi, au fond du bassin, une surface péritonéale parfaitement lisse et nette, quoique un peu froncée par le resserrement fatal de la suture en surjet, sur laquelle on tire un peu.

Dans le cas où le fibrome utérin se prolonge en partie dans un des ligaments larges, celui-ci étant dédoublé, pour en énucléer la tumeur, on conçoit que de ce côté il faille prolonger un peu plus la suture péritonéale, soit que l'on fasse un seul surjet comprenant les deux lambeaux péritonéaux et les deux feuillets du ligament large dédoublé, — soit que l'on fasse deux sutures en surjets successifs, l'une sur le ligament large, l'autre sur les deux lambeaux péritonéaux.

Dans les cas où le lambeau péritonéal postérieur est insuffisant ou déchiré, ce qui n'est pas absolument rare, il faut suturer le lambeau péritonéal antérieur aussi bas que possible, sur les attaches vaginales postérieures, déjà immobilisées par leur suture à la paroi antérieure vaginale. La manœuvre opératoire est alors plus difficile, vu la profondeur à laquelle on opère et les précautions à prendre pour éviter de léser l'intestin rectum, presque accolé au vagin en ce point.

Comme on le voit, notre manière d'opérer diffère quelque peu de celle de mon ami H. Delagénière. Je divise en quelque sorte l'opération totale en deux périodes ; dans la première on fait une ablation incomplète de la tumeur utérine, laissant le col en place. Puis, dans la deuxième, je pratique l'ablation du col, après avoir ouvert les deux culs-de-sac vaginaux et lié les deux artères utérines.

Je l'ai déjà dit, cette manière de procéder peut-être un peu plus longue, a le grand avantage de bien voir ce que l'on fait à tous les moments de l'opération et de n'être pas gêné trop longtemps par le volume parfois considérable de la tumeur fibreuse ou de l'utérus fibromateux.

Il est facile de comprendre que ces deux périodes sont parfaitement inutiles quand il s'agit d'enlever un utérus cancéreux, ou bien encore quand on enlève l'utérus dans une opération de grossesse extra-utérine.

Dans ces deux cas, ma manière de faire l'extirpation totale de

l'utérus se rapproche absolument de celle que suit H. Delagénière (du Mans).

2° *Hystérectomie abdominale partielle, sus-vaginale.* — Après l'exposé opératoire de l'hystérectomie abdominale totale, il me sera facile d'abréger la description de cette opération faite partiellement, en ne conservant que le col utérin (hystérectomie abdominale sus-vaginale).

Même laparotomie médiane assez large, même position inclinée de la malade, et encore utilisation du tire-bouchon de H. Delagénière, de préférence aux grandes pinces à griffes de Péan,

Le premier temps consiste toujours à lier les annexes et à les enlever, qu'elles soient saines ou altérées, en faisant deux pédicules utéro-ovariens.

Dans le deuxième temps, on taille les deux lambeaux péritonéaux, antérieur et postérieur. Le premier est toujours plus étendu et plus facile à faire, comme je l'ai déjà dit.

Au troisième temps, je place à droite et à gauche de l'utérus. vers le col, une ou deux fortes pinces qui doivent saisir les utérines et assurer l'hémostase provisoire.

Alors, au bistouri, le plus souvent, je sectionne le col obliquement d'avant en arrière, jusqu'à la cavité utérine, et obliquement d'arrière en avant, jusqu'à la même cavité.

Cette double action oblique a pour but de tailler deux petits lambeaux utérins, de manière à pouvoir les adosser ultérieurement l'un à l'autre par des sutures serrées.

Cette section faite, et la tumeur principale enlevée, j'ai toujours soin de cautériser au thermocautère la cavité cervicale restante, de façon à la stériliser autant que faire se peut.

J'assure alors, par une double ligature en chaîne passée avec l'aiguille de Reverdin dans les tissus, l'hémostase définitive des artères utérines.

Ici s'arrête mon intervention. Au lieu de suturer les parois vaginales, je réunis à l'aide de trois ou quatre points séparés les deux petits lambeaux utérins, ce qui ferme la cavité du col d'une façon complète. Puis je fais ma suture péritonéale en surjet, comme dans l'hystérectomie abdominale totale, en immergeant toujours, si possible, mes deux pédicules utéro-ovariens dans la suture en surjet.

Voici surtout dans quelles conditions j'ai cru devoir faire cette

dernière opération. C'est lorsque j'ai eu à opérer des vierges; c'est aussi quand je me suis trouvé dans l'impossibilité de compter sur une désinfection parfaite de la cavité vaginale.

Du reste, je pense que dans nombre de fibromes on pourrait borner l'intervention chirurgicale à l'ablation complète de la ou des tumeurs fibreuses et la portion sus-vaginale du col utérin. C'est, du reste, là une question sur laquelle je ne fais qu'appeler l'attention en passant et qui aurait besoin de plus amples développements.

En terminant, je fais remarquer que toutes ces opérations ont été faites par la méthode aseptique pure, et cependant dans quelques cas les annexes étaient le siège de suppurations multiples.

Le plus souvent alors, je conseille de placer un drain abdominal, assez gros, qui ne reste en place que deux ou trois jours au maximum. Ce drainage, en quelque sorte préventif, ne m'a jamais semblé présenter le moindre inconvénient.

Quant au pansement, il a toujours consisté en gaze et ouate stérilisées.

Ricard (Paris). — Je suis heureux de constater le chemin parcouru par l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes depuis que j'ai pris, il y a deux ans, la parole à la Société de chirurgie, pour la défendre. Cette opération qui a conquis, dès aujourd'hui, son droit de cité, est, pour les fibromes, l'opération que l'avenir rendra classique.

Je ne veux discuter aucune manière de faire, ni rechercher à qui appartient la priorité des procédés, celui que j'emploie, et qui est fait d'emprunts aux uns et aux autres, m'a servi quarante fois déjà en le modifiant suivant les besoins. Malgré des cas très graves de toutes sortes, je n'ai eu à enregistrer que trois décès, ce qui donne une mortalité qui atteint à peine 7 p. 100. C'est grâce à cette expérience déjà importante de l'opération, aux résultats heureux obtenus, que je me permets de prendre la parole pour faire connaître ma technique.

Le premier temps, une fois la laparotomie faite, consiste dans l'*énucléation* forcée du fibrome, hors du ventre. Cette énucléation, facile dans bien des cas, est rendue souvent impossible par des adhérences, salpingites suppurées, lésions annexielles diverses, enclavement pelvien, coexistence de fibromes dans le ligament

arge, etc. Quelle que soit la cause de cette fixité du fibrome, il faut lever l'obstacle qui retient la tumeur avant d'essayer de passer au deuxième temps, et, pour cela, on enlèvera les poches salpingiennes, on évidera et enlèvera les fibromes enclavés, on détruira les adhérences, etc.

Le fibrome devenu mobile et fortement tiré hors du ventre, on a recours à l'hémostase primitive ; tout d'abord, je sectionne, sous des pinces, l'artère utéro-ovarienne droite. puis, par la brèche créée, j'effondre le ligament large, le long de l'utérus tendu, jusqu'au dôme vaginal ; j'arrive alors facilement sur le pédicule de l'artère utérine, que l'on voit nettement autour de ses veines, je place une pince et coupe ; si l'artère échappe, une pince ordinaire suffit pour la saisir et l'hémorrhagie de cette artère dénudée n'est jamais bien considérable. Je pratique la même manœuvre de l'autre côté. Par un trait transversal antérieur, je rejoins mes deux incisions péritonéales latérales, décolle le péritoine et repousse facilement la vessie sur le pubis.

Dès lors, l'utérus fibromateux ne tient plus que par le vagin, dont il s'agit de le séparer ; pour cela, directement ou sur une pince introduite par la cavité vaginale, j'incise l'un des culs-de-sac, de préférence le postérieur, mais cependant aussi le cul-de-sac antérieur, si le Douglas est peu accessible. J'agrandis la boutonnière vaginale, et, saisissant le col, désinsère à coups de ciseaux, l'insertion du vagin ; l'utérus vient alors rapidement.

Deux ligatures à la soie, placées de chaque côté, se substituent aux pinces. Je tamponne le vagin, préalablement asepsié, en le bourrant par l'abdomen d'une compresse stérilisée, et referme le ventre.

Après avoir, dans mes premières opérations, fermé avec soin et suturé le péritoine par-dessus le vagin béant, j'ai complètement cessé cette manière de faire, qui me paraît inutilement allonger l'acte opératoire, et n'ai enregistré à la suite aucun inconvénient.

Jamais je n'ai blessé la vessie, ni l'uretère. Quant aux accidents hémorrhagiques que redoutent théoriquement les chirurgiens qui n'ont pas la pratique de l'opération, je les crois rares, et plus facilement évitables par cette méthode que par d'autres. On peut, en effet, enlever de volumineux fibromes sans perdre plus de deux cuillerées de sang.

GOULLIOUD (Lyon). — Partisan, de la première heure, de l'extirpation du pédicule dans l'hystérectomie abdominale, j'ai bientôt préféré à la méthode abdomino-vaginale l'hystérectomie abdominale totale. Je viens vous présenter un procédé qui ne diffère de celui de M. H. Delagénière que par des détails secondaires et par une modification que je crois importante et capable de diminuer les chances d'infection péritonéale à la suite de cette opération.

La tumeur mise au jour, le premier temps consiste dans la formation d'un pédicule qui comprend les vaisseaux utéro-ovariens. Je fais ce pédicule par transfixion du ligament large avec le doigt ou un instrument, suffisamment au-dessous des annexes et suffisamment en dehors de l'arcade anastomotique de l'utérine et de l'ovarienne pour que cette transfixion se fasse sans la moindre hémorrhagie. Deux pinces longuettes sont placées parallèlement sur le pédicule qui est sectionné entre elles. Cette section porte en deçà ou au delà des annexes, suivant la disposition des parties, l'état de ces annexes, l'idée que l'on se fait des avantages ou inconvénients de la conservation de l'ovaire. Si les conditions anatomiques s'y prêtent, on prend dans ce pédicule les trois ailerons supérieurs du ligament large, ce qui évite une ligature accessoire sur le ligament rond.

Le second temps est la taille et le décollement digital de deux lambeaux péritonéaux, très courts, pour que leur décollement soit facile. Ce décollement se fait d'abord en arrière et en avant. Il se confond sur les côtés avec le troisième temps.

Ce troisième temps est, en effet, la constitution sous-péritonéale des pédicules des artères utérines, ou plutôt du faisceau des artérioles et veinules qui aboutissent à l'isthme utérin ; et c'est encore par décollement avec le doigt que je constitue ce pédicule, en décollant le paramétrium juste au-dessus de la voûte vaginale. Le doigt en crochet, en chargeant les vaisseaux, achève d'écarter la vessie et l'uretère. Ce petit truc opératoire que j'emploie en sens inverse dans l'hystérectomie vaginale, et que j'ai décrit dès 1891 dans le *Lyon médical*, me donne l'impression de prendre sûrement l'utérine, de ne rien prendre qui ne doive l'être et enfin d'assurer l'hémostase à ce niveau par une seule ligature. Ce second pédicule est, comme le premier, pris avec deux pinces longuettes et sectionné entre elles. Pendant le décollement autour des vaisseaux utérins, il faut prendre garde d'ouvrir prématuré-

ment le vagin. Son ouverture est plus difficile à éviter que celle de la vessie qui se laisse aisément refouler. Pour bien reconnaitre les limites de ces deux cavités, vésicale et vaginale, je mets au début de l'opération une bougie de Hegar moyenne dans la vessie; une bougie volumineuse dans le vagin. Un aide est chargé de les diriger à mon gré.

J'achève de dénuder le vagin sur une hauteur de 2 centim. environ A ce moment, on aperçoit généralement de chaque côté du vagin, une sorte de petit aileron à direction divergente en bas et en dehors qui renferme l'artère vaginale. Je la pince et la sectionne.

Quatrième temps : l'utérus ne tient plus que par le vagin. A travers ses parois ainsi dénudées et étirées, les doigts reconnaissent facilement le col. Au-dessous de lui je place sur le vagin par l'abdomen, deux pinces longuettes courbes ou coudées, parallèles l'une à l'autre, et je sectionne le vagin entre elles, lentement, aseptiquement, avec le couteau coudé du thermocautère. J'ai reconnu, quand le vagin est court et caché sous le pubis, la nécessité de pinces coudées en L à mors, de 7 centim., assez longs pour pincer toute la largeur du vagin aplati.

L'utérus entier se détache et est enlevé, portant appendue au-dessous du col une des pinces longuettes qui empêche qu'aucun liquide ne s'écoule de l'utérus sur le champ opératoire.

La seconde pince longuette reste momentanément sur le vagin, empêchant aussi toute communication entre la cavité vaginale et le champ opératoire.

C'est, en un mot, la manœuvre habituellement employée pour séparer de l'utérus une trompe à contenu suspect.

Immédiatement après la section du vagin, on remplace les pinces des pédicules vasculaires par des ligatures simples ou avec transfixion, ce qui évite tout danger de glissement. Le fil passé à travers le pédicule avec l'aiguille de Reverdin, enserre d'abord une moitié, puis la totalité de celui-ci.

La pince longuette qui fermait le vagin est enlevée quand l'hémostase et la toilette péritonéale sont terminées. Elle n'a pu s'infecter, n'ayant eu de contact qu'avec la surface extérieure, cruentée du vagin.

L'opération ayant été aussi uniquement abdominale qu'une ovariotomie, je ferme le péritoine pelvien par un surjet rapide

qui, très facilement, met en dehors de la cavité péritonéale les pédicules des artères utéro-ovariennes et, à plus forte raison, ceux des utérines. Ce surjet n'a pour but que d'éviter de laisser une surface cruentée ou recouverte de gaze, au niveau de laquelle l'intestin puisse adhérer.

Puis je ferme complètement la plaie abdominale.

Le pansement abdominal terminé, je draine l'espace cruenté, laissé sous le surjet péritonéal pelvien, par conséquent extra-péritonéal, en y introduisant par le vagin une mèche de gaze iodoformée.

Quand je préfère drainer aussi le péritoine, et je le fais bien volontiers, je supprime le surjet péritonéal pelvien, et par l'abdomen je porte vers l'orifice supérieur du vagin une forte mèche de gaze stérilisée dont l'extrémité supérieure s'épanouit sur les surfaces cruentées, et sur laquelle retombe l'intestin, bien protégé jusqu'alors. Dans ce cas aussi je ferme complètement la plaie abdominale. Je m'assure, également après le pansement abdominal, que ma mèche de gaze de drainage vagino-péritonéale est bien descendue dans le vagin, sinon je l'y attire.

Comme on le voit, on peut retrouver chez beaucoup d'auteurs, Polk, Carle, Delagénière, Le Bec, etc., le même plan opératoire. C'est, si l'on veut, le procédé de Delagénière que j'applique.

La seule modification importante que j'y introduis, consiste à sectionner le vagin au thermocautère entre deux pinces longuettes. Je ne l'ai trouvée décrite nulle part. Carle, de Turin, seul fait quelque chose d'analogue, et que je crois cependant bien différent, si je m'en rapporte à la description donnée par les comptes rendus français et italiens du Congrès de Rome, 1894, où il a décrit son procédé, apportant à son appui 20 succès sur 20 cas. Carle, après avoir fait l'énucléation sous-péritonéale du segment inférieur de l'utérus et après avoir lié l'utérine à la base de la tumeur, dissèque circulairement le col jusqu'à l'insertion du vagin, sur lequel, à un centimètre environ du museau de tanche, il met une pince. Il enlève alors la tumeur, en sectionnant les parois du vagin entre la pince et le col. Il suture les parois vaginales en les inversant et enlève sa pince. Puis il ferme le péritoine pelvien. L'occlusion vaginale est son objectif; il le ferme d'abord avec une pince, puis par une suture.

Ma manière de faire, sensiblement différente, me préserve

également de tout danger possible venant des sécrétions utérines ou cervicales. Elle a en effet le double avantage de supprimer toute communication entre le vagin et le péritoine d'une part, et toute communication entre la cavité utérine et la cavité péritonéale d'autre part.

Ni doigt, ni instrument ne passe du vagin dans le champ opératoire, tant que la cavité péritonéale n'a pas été fermée par un surjet ou isolée par un Mikulicz. Si même on laisse la cavité péritonéale ouverte et drainée par le vagin, le bénéfice de la suppression de toute manœuvre mixte, vagino-abdominale, faite par l'abdomen, reste acquis. On sait, en effet, par les suites bénignes de l'hystérectomie vaginale, que l'infection vaginale est rarement ascendante. Ce qui est grave, ce qui est toujours à redouter, c'est de transporter des agents d'infection du vagin dans le péritoine, au cours d'une laparotomie.

D'autre part, aucune sécrétion ne peut s'écouler pendant qu'on détache l'utérus du vagin. Ceci est surtout important. Car, si nous pouvons assez facilement désinfecter le vagin, il est beaucoup plus difficile d'obtenir toujours la stérilisation de la cavité cervicale et de la cavité utérine, souvent irrégulières, déviées, difficiles à atteindre. Sans doute les progrès de la technique de la désinfection de ces cavités ont permis de diminuer beaucoup le danger provenant de cette cause, comme le prouvent les brillantes statistiques que vous venez d'entendre. Malgré tout, le danger est toujours là; et nous-mêmes, après une série heureuse d'hystérectomies abdominales, et avant que nous ayons eu recours à notre nouvelle modification, avons-nous eu à regretter un insuccès pour lequel nous ne saurions invoquer une autre cause. La simple précaution que nous conseillons n'est donc ni inutile, ni illusoire. Elle rendra surtout de grands services dans les cas d'utérus gravement infecté, par un myôme sphacélé ou dégénéré.

Nous ne négligeons pas d'ailleurs la désinfection préalable des cavités vaginale, cervicale et utérine même, si celle-ci est d'une asepsie douteuse et facilement accessible. Aux précautions habituelles de désinfection nous ajoutons une cautérisation superficielle de ces cavités avec des porte-coton imbibés d'une solution forte de chlorure de zinc.

Tout le traitement consécutif consiste en l'ablation, au dixième

jour, du fil de la suture cutanée abdominale, et de la mèche de drainage vaginal ou péritonéo-vaginal.

Je n'ai eu encore que quatre fois l'occasion d'employer ce procédé, avec sa nouvelle modification, mon cas le plus ancien remontant à trois mois et tout fibrome ne me paraissant pas justiciable de l'hystérectomie. Plus le fibrome a pris dans l'abdomen un développement considérable, plus le vagin est long et l'opération facile. Dans mes quatre cas, les suites ont été simples et la guérison rapide.

S'il existe des procédés d'une exécution plus prompte et plus brillante, je doute qu'il y en ait qui donnent plus de sécurité au point de vue de l'hémostase et spécialement de l'asepsie.

PANTALONI (Marseille). — Dans le courant de l'année 1896, j'ai fait quatorze hystérectomies abdominales totales pour fibro-myômes remontant ou dépassant l'ombilic, deux pour cancer du corps, une pour fibro-myôme avec collections annexielles remplissant le petit bassin et deux Porro. J'ai employé le procédé de Delagénière avec quelques modifications de détail suivant les cas, et je n'ai eu que des succès, sauf pour le fibrome suppuré avec annexite ; la malade a succombé au vingt-cinquième jour. Dans ce cas, tout le péritoine du petit bassin ayant été enlevé, je dus prendre l'épiploon et en faire une voûte pelvienne, en le suturant au détroit supérieur et à la face postérieure de la vessie. La cavité inférieure ou pelvienne fut bourrée par le vagin avec de la gaze stérilisée servant de drain.

Bien que cette méthode ne m'ait donné que des succès, j'ai changé d'avis depuis que j'ai vu opérer M. Doyen ; et je crois qu'à l'avenir, la technique de l'hystérectomie abdominale totale doit être réglée de la façon suivante : méthode de Doyen pour l'ablation de la tumeur ; méthode de Delagénière pour l'hémostase définitive et la fermeture pelvienne. Drainage ou non suivant les cas. Par là, on aura sécurité et rapidité. Sécurité, parce que les dangers d'infection secondaire et d'hémorrhagie n'existeront plus ; rapidité qui a son importance dans le cas de femmes cachectisées par la suppuration ou les hémorrhagies.

A. MONPROFIT (Angers). — Je suis, comme le précédent orateur, un partisan déterminé de l'hystérectomie abdominale totale ; de-

puis plus d'un an, je n'ai pas pratiqué d'autre procédé pour enlever l'utérus fibromateux par la voie abdominale, abandonnant tout pédicule intérieur ou extérieur; j'emploie, pour ma part, un procédé qui dérive des méthodes employées par mes excellents camarades, Delagénière et Doyen.

Comme Delagénière, je fais une collerette péritonéale en avant et en arrière; comme Doyen, j'ouvre le vagin en arrière, comme lui, et, selon son procédé, je vais prendre le col dans une forte pince, et je l'attire en haut, faisant en quelque sorte une *hystérectomie vaginale par l'abdomen!* Je termine comme Delagénière, au point de vue de la fermeture du petit bassin.

Messieurs, je suis frappé, comme mes amis Ricard et Delbet, de la facilité, de la sécurité que nous donnent ces nouveaux procédés; mais je considère comme absolument important de ne jeter l'utérus de côté, de n'en terminer l'ablation que lorsque l'hémostase est absolument assurée, et cela est d'une admirable facilité, en employant le plan incliné et l'extraction du col à la Doyen. Rien de plus facile que de pincer l'utérine : on l'a sous les yeux. Ne la voit-on pas? un coup de ciseaux, et son jet vous indique immédiatement la place de la pince; on peut la lier avec autant de facilité qu'une radiale. Alors, alors seulement mon hémostase bien assurée, je détache complètement l'utérus et je le jette de côté; mais c'est un auxiliaire trop précieux pour que je le sacrifie trop tôt.

Un point qui me paraît aussi, comme à Ricard, d'une très grande importance, c'est le procédé d'élévation et de traction qui nous a été pour la première fois enseigné par notre ami Auguste Reverdin (de Genève).

Je place, pour mon compte, une forte pince sur le fond de la matrice, et je fais tirer la matrice en avant de façon à tendre le plus possible ses attaches; le vagin est allongé, et vient, ainsi que l'a bien remarqué Reverdin, au-devant de l'opérateur, presque jusqu'au niveau de la plaie abdominale; de là il n'est rien de plus facile que de l'ouvrir et de traiter ensuite les utérines. Selon les remarques de Pierre Delbet et de Ricard, cette manœuvre a encore l'immense avantage de rendre beaucoup moindres les dangers de blessure de l'uretère.

Avec toutes les modifications, les améliorations que chaque chirurgien a apportées à la technique de l'hystérectomie abdominale

totale, cette opération est devenue d'une facilité et d'une sécurité presque comparables à l'ovariotomie ; il est surprenant de voir des malades âgées, fatiguées par des douleurs prolongées, des hémorrhagies répétées, avec des tumeurs volumineuses, supporter l'hystérectomie aussi facilement qu'une opération de minime importance, se guérir avec une rapidité merveilleuse. Quel changement dans l'histoire des fibromes qui étaient autrefois le cauchemar de tous les chirurgiens ! Nous pratiquions jadis l'hystérectomie avec pédicule externe, qui nous donnait parfois de beaux succès, mais au prix de quels revers et de quels soucis. Après une série heureuse, toujours brève, hélas! nous retombions dans des insuccès inexpliquables, et les malheureuses malades retournaient pour un certain temps aux soins de l'électricité ou même, hélas! de la médecine! Aujourd'hui, l'hystérectomie abdominale totale par les nouveaux procédés nous débarrasse de ce mauvais rêve et nous donne un moyen facile et sûr de guérir rapidement nos malades.

Pozzi est devenu partisan de l'opération, il adopte le procédé de Doyen, qu'il a déjà pratiqué deux fois. Toutefois il craint les hémorrhagies, et fait l'hémostase préalable.

Delbet, comme M. Terrier, pratique l'occlusion absolue du vagin par des lambeaux péritonéaux ; il proclame avec raison la facilité et la précision des manœuvres d'hémostase. Des recherches qu'il a faites sur le cadavre, il conclut que le mouvement d'élévation qu'on fait subir à l'utérus pour pratiquer les différents temps de l'opération a pour effet de séparer les uretères et la vessie de l'utérus et d'en rendre la blessure bien exceptionnelle. Jamais M. Delbet n'a rencontré ces organes au cours de ses hystérectomies abdominales.

Routier a recours à l'hystérectomie vagino-abdominale. Il ouvre par le vagin les culs-de-sac, puis, par l'abdomen, il lie les pédicules de l'utérus avec des fils élastiques qu'il ramène dans le vagin.

Témoin (Bourges). — Les succès que l'*ablation des fibromes avec hystérectomie partielle* lui a donnés l'engagent à venir pré-

senter au Congrès sa statistique personnelle et la méthode simplifiée qu'il emploie.

Au mois d'avril dernier, il présentait à la Société de chirurgie le résultat d'une série de trente observations, qui lui avait donné vingt neuf guérisons, et aujourd'hui il apporte le résultat de quarante-cinq observations, avec quarante deux succès et trois morts.

Ces trois morts ont été dues : la première à une faiblesse extrême de la malade, qui a succombé dans les seize premières heures de choc opératoire; la seconde, due manifestement à la septicémie, et la troisième est morte au septième jour, alors que tout allait bien, prise subitement de phénomènes cérébraux qui l'ont emportée. Au niveau de la plaie et au pédicule, rien n'était à observer.

A ces quarante-cinq observations, il pourrait en ajouter une quarante-sixième, qui a été suivie de mort, mais l'opération n'a pas été faite dans son service.

La méthode qu'il emploie n'est pas spéciale, mais elle est une simplification des méthodes déjà employées. Il croit que, si le pédicule a été la cause de tant d'insuccès, c'est que ce pédicule était formé de tous les éléments constituant la masse utérine fibromateuse, que sa fermeture était incomplète et, enfin, que les ligatures élastiques provisoires amenaient une mortification du péritoine, destiné à recouvrir le moignon.

Pour obvier à ces divers inconvénients, la méthode qu'il emploie est la suivante :

Lorsque la masse fibromateuse est sortie de la cavité abdominale, il fait immédiatement l'hémostase au moyen de deux pinces à longs mors, placées de chaque côté, sur les ligaments larges, et ce sera la seule hémostase de l'opération. Il pratique alors sur la tumeur une longue incision commençant le plus près possible du col, et aboutissant au fond de l'utérus. Cette incision est profonde et, par elle, il fait avec les doigts la décortication de la tumeur.

Cette décortication est toujours facile et elle permet d'enlever ainsi des fibromes énormes, multiples et allant jusqu'aux lèvres du col.

Lorsque la tumeur est enlevée, il reste une énorme cavité, ou plutôt une cuvette utérine, que l'on résèque avec de forts ciseaux, aussi près du bord que l'on veut.

Il ne reste plus qu'à fermer le moignon. Un fil de catgut suture, d'une façon continue, en surjet, le muscle utérin sur deux étages. Un second fil rapproche, par la même façon, le péritoine. Les ligaments larges sont liés, comme à l'ordinaire, et le ventre lavé à l'eau chaude.

Ainsi, il ne reste plus, comme dans le procédé de Schrœder, de masse fibreuse constituant le pédicule, mais simplement l'enveloppe souple et facile à froncer, constituée par le muscle utérin, La suture est continue et rend la séparation absolue entre la cavité utérine et la cavité abdominale.

L'hémostase du moignon est faite par cette seule suture, et on n'a pas eu à faire de ligature élastique. M. Témoin ne se préoccupe pas non plus de la cavité utérine et ne fait ni cautérisation ni drainage.

Chez ses quarante-cinq opérées, les fibromes pesaient de 2 à 18 kilogrammes; plus de la moitié avaient des fibromes de plus de 5 kilogrammes, 4 pesaient 10 kilogrammes et plus, 1 enfin, pesait 18 kilogrammes ; l'âge des malades a varié de vingt à soixante-sept ans. Certains cas étaient compliqués de salpingite, et plusieurs malades étaient dans un état de cachexie avancée.

Par cette méthode, on peut opérer sans aide autre que celui qui donne le chloroforme, et c'est ainsi qu'ont été faites presque toutes ces opérations. La moyenne de la durée a été de quarante minutes.

Sur ces 45 observations, 5 présentent un intérêt particulier.

Il s'agissait de jeunes femmes chez lesquelles les fibromes, moins volumineux, pouvaient être enlevés sans causer sur l'utérus de trop grands délabrements. Le chirurgien a songé, chez elles, à leur conserver l'organe avec sa fonction, et voici quelle méthode il a employée.

L'hémostase a été provisoire et a été faite en prenant les ligaments larges dans des pinces à mors élastiques de Doyen, garnis de tubes à drainage pour adoucir encore la pression.

La tumeur est incisée et énuclée, et la cavité lavée à l'eau phéniquée forte, réséquée en partie, et suturée comme précédemment.

Dans 2 cas, il y avait plusieurs fibromes. Chaque cavité a été traitée isolément. Les 4 opérés se portent très bien, elles ont leurs règles sans aucun trouble. Chez 3, l'utérus et les annexes

furent conservés complètement ; chez 1, on dut sacrifier la corne utérine gauche.

Lorsqu'une femme est jeune, qu'elle n'a pas eu d'enfants, il y a un grand intérêt à conserver un organe et une fonction qui, lorsqu'ils sont supprimés, donnent trop souvent des accidents d'ordre nerveux, dont on se rend difficilement maître.

C'est encore une raison, si cette méthode de conservation totale de l'utérus doit donner de bons résultats, pour s'adresser encore moins à la voie vaginale, même pour les petits fibromes.

Traitement des fistules vésico-vaginales.

POUSSON (de Bordeaux). — Au VIII[e] congrès de l'Association tenu à Lyon en 1894, j'ai déjà fait ressortir les avantages que peut offrir la cure de certaines fistules vésico-vaginales, inaccessibles par le vagin, au moyen de l'ouverture préalable de la vessie, permettant l'avivement et la suture transvésicale. Il est une variété de fistules s'ouvrant dans la vessie et pour le traitement desquelles la cystotomie préliminaire offre de précieuses ressources : ce sont les fistules vésico-intestinales. Pour celles-ci, l'auteur a adopté un *modus operandi*, qui a été préconisé jadis par le P[r] Le Dentu, la cystotomie préliminaire. Les hasards de la clinique ont permis à M. Pousson de traiter un cas d'une affection de ce genre.

Un malade lui était adressé avec le diagnostic de fistule vésico-intestinale ; ce malade rendait, depuis plus de 2 ans, des gaz par l'urèthre et expulsait quelquefois des matières fécales. A la suite d'un repas copieux, il avait tout à coup été pris de douleurs intenses dans la fosse iliaque gauche et considéré par son médecin comme atteint de cystite. A ce moment, le malade s'aperçut du trouble et de la purulence de ses urines. Depuis 4 mois seulement, l'émission des matières fécales par les urines se manifestait, au moment où M. Pousson examina son malade. Ce dernier, très impressionnable, ne put tolérer l'examen direct ; l'emploi du chloroforme fut nécessaire. Combinant le toucher rectal avec la palpation abdominale, l'auteur provoqua des douleurs très vives dans la fosse iliaque gauche : ce qui fit penser à l'ouverture de la fistule dans l'S iliaque ; puis la cystoscopie lui fit voir sur la paroi supérieure gauche de la vessie, une plaque violacée de la largeur d'une

pièce de 0 fr. 50. L'opération, proposée au malade, fut acceptée.

Le malade, chloroformé, est placé dans la position de Morand-Trendelenburg ; la vessie est ouverte sur la ligne médiane, après ballonnement du rectum pour étaler le bas-fond.

La plaque violacée indiquée par l'exploration cystoscopique n'est pas l'ouverture de la fistule. Un examen minutieux de la muqueuse la fait voir à environ deux centimètres du méat uréthral ; son diamètre est très petit. L'opérateur procède de suite à l'avivement des bords de l'orifice au moyen d'un petit bistouri de Sims, à lame courte et courbée sur le plat ; les lèvres avivées, il les suture au moyen de points de catgut n° 0, passés à l'aide de l'aiguille à pédale. Dans le but de mettre la vessie au repos et d'empêcher que ses contractions expulsives ne tiraillent sur les fils de la suture, il laisse le réservoir ouvert et établit le drainage hypogastrique de Guyon-Périer. Après l'opération, le malade eut, pendant deux jours, de violentes douleurs au col de la vessie et dans la verge ; les matières fécales continuèrent à passer par les tubes pendant dix-sept jours. Quant aux gaz, ils continuèrent à sortir irrégulièrement pendant deux mois environ ; puis le malade ne rendit plus rien.

Il est donc de toute évidence que la réunion *per primam intentionem* n'a pas eu lieu ; mais il n'est pas moins admis que la fermeture par seconde intention a été obtenue. Le mérite de la guérison, d'après M. Pousson, ne saurait donc être refusé au bourgeonnement des lèvres de la solution de continuité.

Ricard (Paris). — A la méthode américaine généralement employée en France, j'ai substitué depuis 5 ans un procédé par dédoublement, vaguement indiqué par Gerdy, plus nettement par Duboué (de Pau), employé à l'étranger par Sänger, Fritsch, Walcher, Phénoménoff. Voici quelle est ma technique.

Après avoir préalablement désinfecté le vagin et la vessie par des lavages répétés au permanganate de potasse et au nitrate d'argent, la malade étant anesthésiée et placée dans le décubitus dorsal, le bassin en général très relevé et presque vertical, une valve courte et de moyenne largeur abaissant le plancher pelvien, mon premier soin est de fixer les bords mêmes de la fistule par deux pinces érignes, que je place aux deux extrémités opposées du grand diamètre de la fistule. Grâce à elles, j'abaisse la fistule

autant qu'il est possible et, dans la plupart des cas, l'abaissement peut se faire jusqu'à la vulve. On comprend, sans qu'il soit besoin d'insister davantage, quelle facilité va résulter de cet abaissement pour l'acte opératoire. C'est au point que jamais je n'ai eu recours à l'arsenal si compliqué et indispensable pour pratiquer l'opération, d'après les anciennes méthodes : des pinces, un bistouri, des ciseaux, une aiguille de Reverdin courbe, voilà tout l'arsenal instrumental nécessaire. Je me suis trouvé fort bien des pinces hémostatiques de Kocher qui fixent solidement les tissus là où ils les saisissent.

La fistule abaissée, je pratique une incision sur le tissu de cicatrice à l'union même de la muqueuse vaginale avec la vésicale, puis prenant solidement, avec une pince à griffes, le milieu de la lèvre vaginale ainsi formée, je prolonge latéralement, des deux côtés, mon incision, en pleine muqueuse vaginale, et, facilement, je dissèque cette muqueuse. Je la sépare de la vessie, et je creuse ainsi, dédoublant la paroi, dans l'étendue de 1 centimètre et demi à 2 centimètres suivant les cas. Je répète la même manœuvre sur la lèvre opposée et, jalonnant de pinces les bords vaginaux ainsi libérés, j'ai sous les yeux un avivement en forme de cône, dont le sommet tronqué est l'orifice vésical, bordé d'une muqueuse relâchée, plissée, rendue flasque par la traction des lambeaux vaginaux.

Ce temps accompli il ne reste plus qu'à suturer. A l'aide de l'aiguille courbe de Reverdin, ou d'une aiguille courbe ordinaire qu'on peut souvent tenir à la main, ou montée sur une simple pince hémostatique, je traverse les lambeaux à leur base, c'est-à-dire à l'angle formé par la limite du dédoublement, sans toucher à l'orifice vésical, dont je néglige complètement l'occlusion. Mes fils placés, tordus, il se forme un bourrelet vaginal, semblable à deux lèvres accolées et faisant une large saillie dans le vagin.

Par ce procédé les fils n'exercent aucune traction sur des lambeaux suffisamment libérés et mobilisés, et lorsqu'on les enlève, vers le dixième jour, la ligne de suture est aussi sèche que s'il s'agissait d'une réunion cutanée.

Hernies vaginales et vagino-labiales.

PAUL BERGER (Paris). — De toutes les hernies, celles qui ont le

moins attiré l'attention des chirurgiens peut-être, sont les hernies qui se font au travers du plancher de l'excavation pelvienne. Ces hernies qui, suivant le point anatomique qui leur donne passage, prennent les noms de hernies vaginales ou élytrocèles, de hernies vagino-labiales (hernies postérieures de la grande lèvre, pudendal hernia d'Astley Cooper) ou de hernies périnéales, sont peu communes certainement, mais encore moins connues, et les seuls ouvrages d'ensemble où se trouve une description suffisante sont l'article *Hernies* du traité de chirurgie de Duplay et Reclus et le traité encore plus récent de Jonathan Macready (1). Rares surtout sont les observations anatomiques et celles où les hernies de ces diverses espèces ont été soumises à une intervention chirurgicale réglée dans le but d'en obtenir la guérison. Jusque dans ces derniers temps ce ne fut guère que par erreur que les chirurgiens ont porté la main sur elles, et Gaillard-Thomas (2) a pu dire avec raison que le plus grand danger auquel elles exposent, résulte des erreurs de diagnostic que pourraient commettre les médecins dont l'attention n'aurait pas été suffisamment éveillée sur l'existence possible de semblables hernies. Ces considérations donneront quelque intérêt à la relation des cas suivants que j'ai eu l'occasion d'observer particulièrement au moment où le Congrès est saisi de la question du traitement des prolapsus génitaux de la femme. La hernie vaginale, à laquelle se réfère notre première observation, présente en effet avec le prolapsus utérin et le prolapsus vaginal des ressemblances telles, qu'il est aussi important que difficile de déterminer nettement la limite qui les sépare ; et l'on verra que l'opération par laquelle nous avons voulu parer aux inconvénients de la première s'adressait essentiellement au déplacement de l'utérus et du vagin qu'avait déterminé l'augmentation du volume de la hernie et auquel se rattachaient la plupart de ces inconvénients. Les constatations faites au cours de cette opération ont permis de préciser les caractères anatomiques de cette hernie et de fixer quelques-uns des points relatifs à son origine et à son évolution.

---

(1) JONATHAN P. C. H. MACREADY. *A Treatise on ruptures.* London, 1893, p. 287.

(2) T. GAILLARD-THOMAS. *The New-York med. Journal*, 26 déc. 1885, p. 705.

La seconde observation a trait a une hernie vagino-labiale présentant les signes physiques de cette variété déterminée avec une telle netteté qu'ils permettaient de reconnaître le point de sa sortie et de suivre même son trajet avec une précision presque équivalente à celle qu'eût présenté un examen anatomique. La confirmation de ces caractères fournis par l'opération, nous a malheureusement fait défaut, la malade ayant refusé de se soumettre à celle-ci. Mais la très grande rareté du fait nous a paru mériter la place que nous lui donnons ici.

OBS. I. — *Hernie du cul-de-sac de Douglas (hernie vaginale, élytrocèle), traitée par l'hystéropexie et la colporrhaphie postérieure*

Anna, journalière, âgée de 34 ans, est admise le 17 janvier 1896 à la Pitié, salle Lisfranc, n° 11. Elle dit avoir une chute de la matrice, et donne à cet égard les renseignements suivants :

Réglée à 14 ans, elle a eu 3 enfants, le premier à 21 ans, le deuxième à 23 ans, le dernier à 29 ans : ses couches se sont toujours bien passées, et ce n'est que trois ans après les dernières qu'elle s'aperçut d'une saillie qui se présentait à la vulve en même temps qu'elle commençait a éprouver une sensation de pesanteur incommode dans la région génitale. Elle se montra à un médecin qui, pendant quelques mois, pratiqua, paraît-il, des cautérisations sur le col de la matrice. Les inconvénients dont elle souffrait ayant augmenté d'une façon notable, elle se décida à entrer à l'hôpital au commencement de l'année.

La malade présente les symptômes et les apparences d'un prolapsus génital : elle se plaint dès qu'elle est debout, surtout quand elle travaille, de sensations vagues de pesanteur vers les parties génitales, comme si le contenu de son ventre menaçait de s'échapper (*sensation de chute des organes*, comme l'appelle pittoresquement Astley Cooper). Il s'y joint des tiraillements lombaires, des douleurs vagues dans le ventre et souvent des coliques vives, de la constipation, et de tout cet ensemble résulte un réel état d'impotence.

L'examen des parties génitales fait reconnaître les caractères apparents d'une chute de la matrice et de la paroi postérieure du vagin ; quand la malade se lève, il n'y a point de déplacement appréciable à la vue et c'est tout au plus si le toucher indique un certain abaissement du col qui est très mobile et assez volumineux. On constate la cicatrice d'une assez large déchirure de la fourchette.

Quand la malade a marché quelque temps et fait des efforts, on voit au contraire une tumeur grosse comme un œuf de poule sortir de l'orifice vulvaire. Cette tumeur est constituée par la paroi postérieure du vagin ; elle augmente de volume à chaque effort, et en engageant la malade à pousser

ferme et d'une manière soutenue, on voit à la fin le col utérin lui-même apparaître à la vulve. Le prolapsus de la paroi postérieure du vagin, complètement sortie de l'orifice vulvaire, forme alors une grosse tumeur globuleuse qui se gonfle et se tend à chaque effort et qui masque le prolapsus utérin. Le col utérin d'ailleurs ne franchit pas l'orifice ; la paroi antérieure du vagin et la vessie ne paraissent prendre aucune part au déplacement des organes.

Voici ce que nous apprend de très particulier la suite de l'examen : Lorsque le prolapsus se présente avec tout son volume, si l'on cherche à le réduire on éprouve tout d'abord une certaine difficulté. Pour y arriver, le mieux est de le saisir à pleines mains et de le comprimer ; on le sent alors diminuer de tension, puis de volume, sans que la paroi vaginale rentre, ni que l'utérus remonte ; on n'a bientôt plus sous les yeux qu'un repli flasque, pendant hors de la vulve, repli qui présente une assez grande épaisseur, mais qu'il est alors facile de refouler au travers de l'orifice vulvaire : la réduction complète du prolapsus utérin et du prolapsus vaginal s'obtient sous l'influence de pressions ; il arrive quelquefois, pas toujours, de percevoir un bruit de gargouillement et le doigt peut sentir des parties souples et mobiles, semblables aux anses intestinales ou à l'épiploon qui remplissent un sac herniaire, qui s'échappent et remontent sous l'influence de cette espèce de taxis. La sensation obtenue est parfois si nette que dès le premier examen je ne doutai nullement que je n'eusse affaire à une véritable hernie, refoulant la paroi vaginale postérieure.

Une rectocèle ne donne, en effet, pas lieu à de semblables phénomènes ; si elle se tend dans les efforts et dans la toux, elle se laisse refouler graduellement par la plus simple pression, et, à aucun moment, elle ne peut se présenter comme une poche qui reste au dehors tandis que l'on a réduit son contenu : le rectum suit la paroi vaginale dans tous ses déplacements et rentre ou sort avec elle.

D'ailleurs le toucher rectal donne ici une indication formelle ; lorsque le prolapsus s'est produit et a atteint tout son volume, le doigt introduit dans le rectum et recourbé en avant, au lieu de pénétrer dans le prolapsus et de pouvoir être senti au travers de la cloison recto-vaginale prolabée, rencontre cette cloison à sa place et est séparé de la main qui explore la tumeur par toute l'épaisseur de celle-ci. Le rectum ne prend donc pas de part à ce déplacement.

Une autre idée qui se présente tout d'abord, c'est qu'il s'agit d'un prolapsus du cul-de-sac de Douglas entraîné par un prolapsus utérin qui viennent distendre les anses intestinales. Cette hypothèse s'accorde mal avec ce fait, que le prolapsus vaginal précède le prolapsus utérin et que c'est bien manifestement l'issue de la tumeur vaginale et sa tension croissante qui amène à la vulve le col utérin ; d'ailleurs la tumeur est constituée par toute la hauteur de la paroi vaginale postérieure ; enfin, le mode d'explora-

tion que voici ne peut laisser de doute sur la nature du déplacement

En refoulant l'utérus le plus haut possible et en le maintenant réduit avec un tampon, après avoir soulevé avec une valve la paroi antérieure du vagin, si on engage la malade à tousser ou à faire des efforts soutenus, on voit la paroi postérieure du vagin bomber et se tendre à chaque effort. Ce gonflement, qui donne à la paroi postérieure du vagin une apparence globuleuse, occupe toute l'étendue de cette paroi et se termine au niveau où sont les entrecroisements du sphincter anal, du transverse du périnée et du constricteur du vagin. En mettant un doigt dans le rectum, on peut s'assurer que celui-ci n'y a aucune part, et qu'au contraire, au moment où ce gonflement se produit, quelque chose s'interpose entre le doigt placé dans le rectum et celui qui reposait sur la paroi vaginale postérieure. On peut même à ce moment percevoir le frôlement des anses intestinales ou de l'épiploon qui s'introduisent dans le prolongement de la cavité péritonéale située entre le vagin et le rectum.

Ces diverses explorations ne pouvaient donc laisser de doute sur l'existence, dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, d'une cavité dépendant de la cavité péritonéale et commençant avec elle au niveau du cul-de-sac de Douglas, cavité s'étendant jusqu'au plan musculaire qui forme le plancher périnéal, et dans laquelle pénétrait librement le contenu de l'abdomen. Il s'agissait donc là d'un prolongement du cul-de-sac de Douglas s'étendant entre le vagin et le rectum jusqu'au périnée et donnant lieu à une hernie qu'en raison de son siège on ne pouvait considérer que comme une hernie vaginale postérieure.

L'intervention chirurgicale dut être différée, à cause d'une affection grippale que présenta la malade. Pour des raisons que je développerai plus tard, je me résolus à pratiquer d'abord simplement l'hystéropexie abdominale : celle-ci fut faite le 28 mars. Au cours de l'opération, en portant mes doigts derrière l'utérus, je pus me convaincre que le cul-de-sac postérieur présentait une longueùr et une amplitude tout à fait inusitées; mais on ne trouvait rien à ce niveau qui rappelât la disposition d'un sac herniaire. Nulle part on n'observait de resserrement circulaire, de bride ou de rétrécissement quelconque donnant l'idée d'un collet ou de quelque chose d'approchant. Malgré la profondeur du cul-de sac rétro-utérin, il eût été très difficile de le retourner en doigt de gant, de l'amener et de fixer par une suture son fond à la paroi abdominale antérieure, pour reproduire le procédé mis à exécution par Gaillard Thomas dans un cas analogue. Je me bornai donc à fixer la face antérieure de l'utérus en traversant les lèvres de l'incision de la ligne blanche aussi haut que possible. Les suites de cette opération furent normales, la réunion fut obtenue par première intention.

Au bout d'un mois, la fixation de l'utérus semblait solide et le col ne s'abaissait nullement dans les efforts, mais comme la hernie vaginale bombait toujours dans les efforts et se présentait encore à l'orifice vulvaire, quoique

avec un volume infiniment moindre qu'auparavant, je résolus de compléter l'opération par une colporrhaphie postérieure. Celle-ci fut faite le 7 mai suivant. La malade quittait l'hôpital trois semaines plus tard, débarrassée des sensations incommodes qui l'avaient déterminée à y entrer.

Nous avons, au cours même de l'observation, donné la preuve que c'était bien à une hernie vaginale que nous avions affaire dans le cas présent. Ce n'était point une rectocèle, puisque le doigt, introduit dans le rectum et recourbé en crochet en avant, ne pénétrait pas dans la tumeur vaginale. Ce n'était pas un simple prolapsus utérin, puisque l'utérus étant réduit et fixé le plus haut possible, la saillie de la paroi vaginale postérieure ne persistait pas moins, quoiqu'étant un peu moins prononcée et qu'elle bombait dans les efforts jusqu'au-dessus de la fourchette vulvaire. Le prolapsus utérin était consécutif; il s'accompagnait d'une chute du cul-de-sac de Douglas, mais le fait initial, essentiel, était la descente péritonéale située entre le vagin et le rectum, dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, diverticule qui descendait jusqu'à la partie la plus inférieure de cette cloison. Le déplacement en question répond bien à la définition donnée par Astley Cooper : « La hernie vaginale se forme dans l'espace compris entre l'utérus et le rectum. Cet espace est formé en bas par le péritoine qui forme un cul-de-sac en se réfléchissant de la partie postérieure du vagin sur la partie antérieure du rectum ; entre ce cul-de-sac péritonéal et le périnée, se trouve un tissu lâche. La pression de l'intestin sur cette partie du péritoine la déprime en bas, vers le périnée, mais plus tard étant arrêté dans sa marche ultérieure dans ce sens, il presse contre le vagin et pousse en avant la paroi postérieure de ce conduit (1). » En réservant la question relative au mécanisme de production, tous les auteurs qui traitent de cette maladie ont adopté la même désignation : « Sous le nom d'entérocèle vaginale, d'élytrocèle, dit Zuckerkandl (2), nous désignons la distension du cul-de-sac de Douglas qui se fait vers le vagin, qui fait tomber la paroi vaginale postérieure, et qui détermine la protrusion des intestins dans la poche vaginale constituée de la sorte. »

(1) ASTLEY COOPER. *Œuvres chirurgicales*, trad. Richelot et Chassaignac. Paris, 1837, p. 360, 363.

(2) OTTO ZUCKERKANDL. *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, 1891, XXXI, p. 590.

J'ai insisté sur ce point, car en lisant avec quelque soin les observations, on reconnaît que les faits de hernie vaginale ne sont pas tous de même ordre et que celle-ci peut se présenter sous deux aspects très différents.

Au premier ordre des faits correspondent les observations de Hoin, d'Astley Cooper, de Reid, de Zukerkandl, la mienne enfin, pour ne mentionner que les cas les plus probants auxquels on pourrait ajouter bien d'autres. Dans les cas de ce genre, c'est la paroi postérieure du vagin tout entière qui forme la tumeur, qui fait saillie dans la cavité du vagin, qui se présente à la vulve et qui finit par faire procidence hors de cet horifice. La figure donnée par Zuckerkandl dans son mémoire et que j'ai reproduite dans l'article *Hernies* du traité de chirurgie de Duplay et Reclus, donne une idée très exacte de la disposition anatomique des parties. Entre le vagin et le rectum, le cul-de-sac péritonéal descend à une profondeur inaccoutumée, séparant complètement les deux conduits par un diverticule péritonéal intermédiaire où s'introduit l'intestin. Si la pression intestinale, s'exerçant surtout en avant, déprime la paroi vaginale postérieure et la fait saillir dans le vagin, l'élytrocèle se produit ; si c'est en arrière, vers le rectum, que la poussée des intestins tend à refouler le cul-de-sac péritonéal, c'est à une hydrocèle que l'on a affaire.

La laparotomie nous a permis de compléter quelques-unes des notions anatomiques que l'on possède sur ce genre de hernies : nous avons pu constater que le cul-de-sac péritonéal présentait, en arrière de l'utérus, des dimensions, une amplitude, une laxité très grandes ; ce cul-de-sac où les doigts pouvaient s'engager de haut en bas sans rencontrer d'obstacle ni presque de limite inférieure, ne présentait aucune démarcation, aucun resserrement, aucune bride, aucun rétrécissement circulaire ou valvulaire, qui le séparât du reste du péritoine. Il n'y avait là rien qui ressemblât à un collet, il n'y avait pas de sac herniaire à proprement parler. La seule anomalie que l'on pût reconnaître était la disposition du cul-de-sac péritonéal, beaucoup plus ample et descendant beaucoup plus bas que de coutume. Ainsi cette variété d'élytrocèle n'est pas, dans l'acception rigoureuse de ce terme, une hernie; elle ne se fait pas dans une cavité circonscrite, communiquant avec l'intérieur du ventre par un orifice de la paroi abdominale, elle ne possède ni sac véritable qui lui soit

propre, ni collet. On comprend que son évolution et les dangers auxquels elle expose soient différents de ceux des hernies ordinaires ; son histoire nous apprend, en effet, que les accidents qu'elle présente lui sont propres et naissent ou d'erreurs de diagnostic ou de l'obstacle que la pression des parties fœtales peut exercer sur la hernie vaginale au moment d'un accouchement.

Bien différente est l'autre sorte de hernie vaginale, plus rare que la première et dont l'observation anatomique de Sandifort (1), les faits de Michelson et Lukin (2) et de Gaillard-Thomas (3) sont des exemples. Dans les cas de ce genre la tumeur qui remplit le vagin, qui peut pendre hors de la vulve, est pédiculée ; elle se rattache par ce pédicule à la paroi postérieure du vagin, plus ou moins haut, plus ou moins près de la ligne médiane postérieure. Elle renferme un sac péritonéal complet, communiquant par un orifice bien circonscrit (Sandifort) avec le cul-de-sac péritonéal recto-vaginal. Celui-ci peut ne pas être plus spacieux qu'à l'état normal ; dans le cas de Sandifort, il était même rétréci par des adhérences inflammatoires qui s'étaient faites autour de l'ovaire et de la trompe.

A quelle circonstance cette variété de hernies vaginales doit-elle sa forme particulière? Certainement un point circonscrit de la paroi vaginale postérieure s'est laissé déprimer et le péritoine, refoulé par la pression intestinale au travers de ce point, est venu se coiffer de la muqueuse vaginale aux dépens de laquelle s'est constituée l'enveloppe extérieure de la hernie ; mais dans quel plan musculaire ou fibreux est creusé cet orifice qui donne passage au péritoine ? Quelle est la lacune, quel est l'interstice à la faveur desquels s'est creusé cet orifice ? C'est ce qu'un examen anatomique complet permettra d'établir à la faveur de quelque observation nouvelle.

On conçoit que ces deux formes de la hernie vaginale présentent des indications thérapeutiques bien différentes. Les hernies pédiculées, pourvues d'un orifice étroit, présentent tous les dangers des hernies ordinaires; elles peuvent s'étrangler, être le

(1) Sandifort. *Observationes anat. pathologicæ*, 1777, chap. IV, p. 65.

(2) Michelson et Lukin. *Centralbl. f. Chirurgie*, 1879, p. 303.

(3) Gaillard-Thomas. *Loc. cit.*, p. 708.

siège de péritonites herniaires : elles réclament la cure opératoire qui est ici d'autant plus nécessaire que tous les moyens de contention font défaut. Le procédé qui paraît le plus rationnel serait d'ouvrir le sac herniaire après avoir réduit son contenu, de le fendre largement jusqu'à son orifice de communication avec le péritoine qui tapisse le cul-de-sac de Douglas, de l'isoler circulairement à ce niveau et de l'exciser au-dessous d'une bonne ligature ; d'exciser alors la partie exubérante des parois vaginales et de maintenir largement au contact los surfaces d'avivement par de nombreux points de suture. Mais ce mode opératoire n'a jusqu'à présent pas été mis à exécution ; l'excision d'une hernie vaginale pédiculée, prise pour un polype du vagin, a été commise il est vrai dans le cas de Michelson et Lukin, et la mort de l'opérée en a été la conséquence rapide par hémorrhagie intrapéritonéale, une portion du côlon transverse et une notable quantité d'épiploon ayant été enlevées avec la tumeur sans que le chirurgien se fût aperçu de son erreur. Il ne s'agissait pas là d'une opération de cure radicale, mais d'une tentative faite à la légère, sans diagnostic antérieur. La seule opération de cure radicale pour une hernie vaginale pédiculée dont nous ayons connaissance, est celle de Gaillard-Thomas.

Cet auteur ayant affaire à une hernie vaginale qui pendait hors de la vulve entre les deux cuisses et dont le pédicule se rattachait à la paroi vaginale latérale au voisinage de l'ischion, conçut le projet de faire une laparotomie médiane, de retourner le sac en l'invaginant après avoir réduit le contenu, de manière à en repousser le fond dans le ventre au travers de l'orifice herniaire et de le refouler jusqu'à ce qu'il vînt sortir par l'incision abdominale ; enfin, de le fixer à cette incision par des sutures. Ce plan, quelque peu troublé par la présence d'une tumeur abdominale qui avait échappé à l'examen et qu'il fallut extirper, fut exécuté néanmoins ; mais l'observation de l'opérée n'a pas été poursuivie assez longtemps pour que l'on puisse se prononcer sur le résultat définitif de cette opération.

Ce procédé de *ventro-fixation* d'une hernie vaginale pourrait être imité, mais il exige pour être exécuté que la hernie descende assez bas pour que son sac invaginé puisse être ramené au contact de la paroi abdominale antérieure, et y être fixé sans exercer sur lui une trop forte traction. Il peut d'ailleurs laisser

quelques préoccupations au sujet des accidents qui pourraient résulter de la bride constituée dans l'abdomen par le sac retourné et adhérent par son fond à la région hypogastrique. Malgré son apparente simplicité, nous n'oserions donc pas trop en recommander l'emploi.

Lorsque la hernie vaginale n'est pas pédiculée, qu'elle ne consiste que dans le refoulement de la paroi vaginale postérieure par l'intestin distendant le cul-de-sac de Douglas anormalement développé, l'intervention au contraire paraît ne devoir être réclaclamée que pour un nombre de cas assez restreint. Nous laissons bien entendu de côté les complications qui peuvent survenir au moment du travail, de la grossesse, complications dont Smellie (1) a le premier signalé les dangers, et à propos desquelles on consultera avec profit les communications de Fordice Baker (2) et de Peter Young (3) aux Sociétés obstétricales de New-Yorck et d'Edimbourg, en 1878 et en 1882. — En dehors de la grossesse et de l'accouchement, les hernies ne prêtent guère aux accidents, puisqu'elles sont dépourvues de collet et ne traversent aucun anneau fibreux, et ce n'est que l'accroissement graduel de leur volume et le prolapsus de l'utérus qu'elles finissent par entraîner dans leur déplacement qui peuvent forcer de les soumettre à un traitement actif.

Le début même de ce dernier n'est pas facile à déterminer. De cure radicale à proprement parler, il ne peut guère être question. Disséquer, réséquer le péritoine qui tapisse le cul-de-sac de Douglas, anormalement développé, est une indication plus facile à concevoir qu'à remplir; si même en avant et sur les côtés cet isolement était possible, croit-on qu'il serait aisé de dépouiller le rectum de son revêtement péritonéal ? Si cela était possible, où faudrait-il s'arrêter dans cette extirpation du péritoine puisqu'aucune limite précise ne sépare la cavité herniaire de l'excavation pelvienne ? et même en admettant que l'on ait pu isoler, pédiculer, extirper tout le diverticule du péritoine qui s'enfonce entre le vagin et le rectum, comment remplir la seconde et non

---

(1) SMELLIE. *A collection of cases, etc.* 1768, 4e éd., II, 129.

(2) FORDYCE BAKER. *Amer. Journ. of Obstetrics*, t. IX. 1876.

(3) PETER YOUNG. *Edinburgh obstetr. Transactions*, 1881-1882, t. VII, p. 51.

moins essentielle des indications de toute cure radicale ? Comment oblitérer le trajet herniaire, c'est-à-dire le cul-de-sac de Douglas dépourvu de son péritoine par la suture ?

Telles sont les questions que j'ai dû me poser en face du cas que j'avais à traiter, et j'ai vite reconnu qu'une cure radicale, dans l'acception ordinaire de ce terme, ne pouvait être tentée.

Que faire, alors ? Ouvrir la cavité herniaire et exciser la plus grande partie de sa surface en réunissant par la suture les bords de la plaie résultant de cette excision partielle ? Enlever quelque partie de la paroi postérieure du vagin et le péritoine qui la double ? C'est ce qu'a proposé Hunier ; mais Benno-Schmidt, dans son article du traité de Pithra et Billroth, dit n'avoir retiré aucun résultat favorable de cette opération. W.-L. Reid (1) a communiqué à la Société médico-chirurgicale de Glasgow un cas de hernie vaginale dans lequel il avait eu recours à un procédé analogue : « A good recovery had been made », tel est le seul renseignement que nous ayons sur les suites de l'opération; il n'est pas fait pour dissiper les doutes que nous pouvons avoir sur la permanence d'une guérison obtenue par des procédés de cure aussi incomplets.

Je pensai à recourir à l'opération de Gaillard-Thomas; refoulant la hernie, puis le cul-de-sac postérieur du vagin avec une pince courbe, je pus amener l'extrémité de ses mors jusqu'au contact de la paroi abdominale, mais pas sans exercer une pression assez énergique; il me sembla qu'une suture du cul-de-sac de Douglas à la paroi abdominale, faite dans ces conditions, serait soumise à une traction trop forte pour que l'on pût compter sur sa solidité. Je n'étais d'ailleurs pas sans inquiétude sur les inconvénients que pourrait entraîner la fixation du péritoine pelvien dans une situation aussi anormale.

Je me dis alors que les inconvénients dont se plaignait la malade résultaient en grande partie du prolapsus génital que la hernie entraînait à sa suite. J'observai qu'en maintenant l'utérus en place, je n'empêchais pas, à la vérité, l'intestin de descendre dans le cul-de-sac inter-vagino-rectal, mais que la saillie qu'il faisait alors n'était plus assez considérable pour sortir par la vulve. Je pensai donc que, sans guérir la hernie, j'en supprimerais presque

(1) W. L. Reid. *Glasgow med. Journal*, 1894, t. XLII, p. 51.

tous les symptômes désagréables et gênants : 1° en fixant l'utérus très haut et en l'empêchant d'obéir à la traction que la paroi vaginale exerçait sur lui ; 2° en rétrécissant suffisamment l'orifice vulvaire par une colporrhaphie postérieure, pour que la tumeur formée par la hernie inter-recto-vaginale ne pût franchir cet orifice et faire saillie à l'extérieur. Je pratiquai donc l'hystéropexie abdominale antérieure et une colporrhaphie postérieure par le procédé de Lawson Tait. Je me disposais, en outre, si l'examen direct du cul-de-sac rétro-utérin me démontrait l'existence d'un rétrécissement entre la cavité herniaire et la cavité péritonéale, à pratiquer l'occlusion de ce point rétréci au moyen d'un certain nombre de points de suture perdue. Jamais je ne pus trouver aucune trace d'une semblable démarcation, et je ne pus m'assurer qu'il n'existait ni orifice herniaire, ni collet du sac dont on pût tenter d'obtenir l'occlusion.

Je suis très loin de donner cette pratique comme un modèle à suivre dans tous les cas ; l'opération que j'ai pratiquée est palliative et n'est point une cure radicale, mais elle peut être mise à profit dans les cas auxquels celle-ci ne saurait être applicable.

Comme conclusions de cette observation et des remarques auxquelles elle m'a conduit, j'insiste donc sur les propositions suivantes :

Les hernies vaginales se présentent sous deux formes différentes ; les unes sont pédiculées, elles ont un sac péritonéal pourvu d'un orifice plus ou moins étroit, par lequel elles s'abouchent dans le cul-de-sac de Douglas : elles doivent être traitées par une véritable opération de cure radicale.

Les autres sont constituées par la protrusion de toute la paroi vaginale postérieure refoulée en avant par l'intestin qui distend le cul-de-sac de Douglas anormalement développé. Elles se prêtent mal à la cure radicale, et ne réclament d'ailleurs l'intervention que lorsque l'augmentation de leur volume et la participation de l'utérus entraîné dans la procidence, deviennent la cause d'une gêne notable. Les opérations qui ont pour effet d'empêcher le prolapsus utérin de se produire et d'empêcher la hernie de franchir l'orifice vulvaire en rétrécissant et en fortifiant ce dernier, pourraient, en pareil cas, rendre de bons services.

***

La hernie vaginale est rare; il me paraît cependant probable que si l'on soumettait au contrôle d'un diagnostic attentif tous les cas de prolapsus de la paroi vaginale postérieure que l'on considère comme des rectocèles, on trouverait qu'un certain nombre d'entre eux sont en réalité des élytrocèles. Mais une hernie plus exceptionnelle encore est la hernie postérieure de la grande lèvre, la hernie vagino-labiale, celle dont Astley Cooper a donné une description magistrale sous le nom de *pudendal hernia*.

Rien ne saurait justifier l'assertion de Paul Zweifel (1) lorsqu'il affirme que les hernies postérieures de la grande lèvre ne sont pas rares. Ebner (2), qui en 1887 s'est donné la peine de recueillir toutes les observations jusqu'alors publiées de hernies périnéales (dont la hernie en question doit être considérée comme une variété), n'a pu rassembler que six exemples de *pudendal hernia* : les deux faits de Cooper, un de Cloquet, un de Garengeot, un de Stoltz et une observation fort contestable de Hager. Il faut y joindre une observation tout à fait sommaire de Scarpa (3).

Macready, dans son beau traité des hernies, semble n'en parler que par ouï-dire, et l'on ne peut considérer comme une observation la mention que fait Gaillard-Thomas d'un cas où, croyant avoir affaire à un abcès de la grande lèvre, il faillit inciser une hernie de la grande lèvre, dont il n'indique d'ailleurs pas les caractères. Telles sont les seules indications que j'ai pu recueillir dans la bibliographie.

Le seul cas qu'en vingt ans de pratique j'aie été à même d'observer est le suivant, qui s'est présenté à moi cette année :

OBS. II. — *Hernie postérieure de la grande lèvre (Pudendal hernia).*

Mlle X... m'est amenée de province par sa mère. Elle est âgée de dix-huit ans, forte et bien constituée ; elle ne porte pas d'autre hernie.

Il n'y a que deux ou trois mois qu'elle a remarqué une tuméfaction légère de la grande lèvre gauche, tuméfaction qui s'est beaucoup accrue depuis lors.

L'inspection des parties génitales externes fait aussitôt reconnaître à la partie postérieure de la grande lèvre gauche une grosseur du volume d'une

(1) PAUL ZWEIFEL. *Deustche Chirurgie*, lief. 61, 1885, p. 39.

(2) LUDW. EBNER. *Deustche Zeitsch. f. Chir.*, 1887, t. XXVI, p. 48.

(3) SCARPA. *Supplément au traité pratique des hernies*, Paris, 1823, p. 140.

noix environ, qui s'étend jusqu'à la fourchette; cette grosseur fait surtout une saillie notable à la face interne de la grosse lèvre, sous la muqueuse qui la recouvre. Elle a tout à fait l'aspect d'un kyste de la glande vulvo-vaginale ; mais, dès qu'on la saisit, on reconnaît qu'elle est molle et qu'elle se réduit avec un léger gargouillement. Elle se tend, au contraire, se gonfle et présente une expansion manifeste dans les efforts.

Ce n'est point une hernie inguinale; l'anneau inguinal, qui est libre, n'est nullement dilaté; il n'existe au voisinage aucune tuméfaction de la partie antérieure de la grande lèvre. Quand la hernie est réduite, si l'on applique le doigt fortement sur l'orifice inguinal externe et si l'on engage la malade à faire effort, on voit aussitôt la tuméfaction de la grande lèvre se reproduire, sans que le doigt placé sur l'anneau ait été soulevé ou ait senti l'intestin sortir.

Les autres orifices herniaires sont libres; il n'y a ni saillie, ni impulsion perceptibles dans les efforts à la région crurale correspondante; la région des adducteurs ne présente pas de gonflement et la face externe de la branche ascendante de l'ischion peut être suivie jusqu'au pubis; *elle est située* en dehors de la hernie dont le pédicule ne se prolonge pas vers le trou sous-pubien.

Lorsque la hernie est réduite, on sent profondément un orifice étroit qui est situé tout contre la face interne de l'ischion, entre cet os et le constricteur du vagin. Le doigt appuyé sur cet orifice empêche la hernie de ressortir; en soulevant légèrement le doigt et en engageant la malade à tousser, on sent la hernie sortir par l'orifice en question avec un bruit de gargouillement.

Le toucher vaginal ne peut être pratiqué, mais en introduisant le doigt dans le rectum et en appuyant légèrement sur l'ischion du côté gauche, on sent très bien, avec ce doigt, la hernie rentrer en produisant une sorte de frôlement, quand on la réduit; ressortir avec le même phénomène, quand la jeune fille fait des efforts. Quand la hernie est réduite, en appuyant fortement le doigt en avant du rectum de manière à comprimer contre la face interne de l'ischion la cloison recto-vaginale, on empêche absolument la hernie de descendre, quelques efforts que l'on fasse faire à la malade. Il est néanmoins impossible de sentir si la cloison recto-vaginale renferme une hernie, le toucher vaginal étant impossible et le toucher rectal donnant des sensations trop confuses pour qu'on puisse en conclure quelque chose de certain.

Cette hernie ne détermine d'ailleurs aucune douleur, aucun symptôme abdominal et n'occasionne que la gêne légère produite dans la marche par la tuméfaction de la grande lèvre.

J'engageai vivement la jeune fille à se faire débarrasser de sa hernie. Mon intention était, après avoir complété mon exploration par le toucher vaginal fait dans l'anesthésie chloroformique, de réduire le contenu de la hernie, d'inciser largement celle-ci au niveau de la grande lèvre, d'isoler,

de disséquer le sac herniaire le plus haut possible, puis de le pédiculiser par une ligature, de l'exciser et de faire une série de sutures perdues pour réunir les parties molles, particulièrement les bords de l'orifice que l'on sentait à la face interne de l'ischion et qu'il aurait été probablement nécessaire d'agrandir largement.

L'opération était consentie, mais la perspective d'un prochain mariage engagea la mère et la jeune fille à la remettre à plus tard.

J'eusse vivement désiré pouvoir reconnaître au cours de l'opération les connexions et le point d'origine de cette sorte de hernie : il n'existe point en effet d'observation anatomique de hernie de la grande lèvre. On s'accorde, avec Ebner et Zuckerkandl, à considérer celle-ci comme une variété de la hernie périnéale et comme ayant son origine au niveau du cul-de-sac de Douglas. Les recherches de Kœlliker, de Ziegenspeck, de Breisky (1) ont fait voir que le cul-de-sac recto-vaginal, dans l'embryon et même chez le nouveau-né, descend bien plus bas qu'à un âge plus avancé, et qu'il peut contenir des anses intestinales; en examinant à ce point de vue des cadavres d'adultes, Ziegenspeck a pu noter la persistance de cette disposition dans un certain nombre de cas (2 sur 56 examens) où le cul-de-sac péritonéal descendait jusqu'au milieu de la paroi vaginale postérieure environ. Cette persistance rendrait compte de la production des hernies vaginales (élytrocèles), qu'il faudrait dès lors considérer, au moins dans certains cas, comme de véritables hernies congénitales. D'autre part, le cul-de-sac de Douglas anormalement développé est la voie la plus directe par laquelle la pression intra-abdominale peut refouler le péritoine au travers des interstices du muscle releveur de l'anus ou entre ce muscle et le muscle ischio-coccygien et transformer une hernie vaginale en une hernie postérieure de la grande lèvre ou une hernie périnéale. Mais s'il est rationnel d'admettre que ces hernies ont cette origine, celle-ci n'est pas anatomiquement prouvée, et rien ne démontre que la hernie de la grande lèvre ne puisse provenir, ainsi que Stoltz l'avait admis, d'une dépression du péritoine au niveau de la face antérieure des ligaments larges sur les côtés de la vessie. L'existence même de hernies de la grande lèvre renfermant la vessie, ainsi que Burn (de Glasgow), Scarpa, et

(1) *Conf.* Zuckerkandl, *loc cit.*

Rognetta (2) en ont rapporté des exemples, semblerait venir à l'appui de l'hypothèse de Stoltz et pourrait faire admettre à côté des hernies postérieures de la grande lèvre, venant du cul-de-sac de Douglas, une variété constituée par des hernies antérieures de la grande lèvre, bien distinctes des hernies inguinales, hernies qui proviendraient de la partie antérieure du péritoine pelvien, au niveau de la face antérieure des ligaments larges et des côtés de la vessie.

Tout ceci, je le répète, est purement de l'hypothèse; il n'existe à ma connaissance aucune autopsie de hernie postérieure de la grande lèvre et jusqu'à ce qu'une opération ait permis de reconnaître si le sac qui la constitue se rattache aux régions postérieures ou aux régions antérieures du péritoine pelvien, nous en seront réduits aux suppositions. Il n'est pas moins vrai que dans l'observation qu'on vient de lire, les signes fournis par l'examen de la hernie concordaient avec ceux qui ont été observés et décrits par Astley Cooper et par Cloquet, et que les notions fournies par la palpation et la recherche du pédicule de la hernie semblaient indiquer qu'elle provenait de la cloison recto-vaginale. D'ailleurs l'âge de la personne qui en était atteinte, de même que celui des malades de Astley Clooper et Cloquet, viendrait plutôt à l'appui de l'origine congénitale de la hernie. Celle-ci n'est d'ailleurs peut-être pas constante; l'année dernière au *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et pédiatrie de Bordeaux*, M. Masse a publié un cas de hernie périnéale dont le sac était précédé d'un volumineux lipome qui paraissait avoir joué un certain rôle dans la production de la tumeur. La hernie, suivant M. Masse, aurait été produite par la migration d'un lipome sous-séreux du cul-de-sac de Douglas. Rien n'empêcherait certaines hernies postérieures de la grande lèvre de reconnaître une semblable origine.

Hydrorrhée péritonéale.

Ch. Monod (Paris). — A la suite de certaines interventions portant sur les organes du petit bassin chez la femme, il peut se produire, par une ouverture abdominale ou vaginale, qui devient fistuleuse, un écoulement liquide d'une telle abondance qu'il semble ne pouvoir être autrement expliqué que par une lésion des voies d'excrétion de l'urine, uretère ou vessie.

(2) *Conf.* Ebner, *loc. cit.*

Mais ce liquide n'a ni la couleur ni l'odeur si caractéristiques de l'urine, il en diffère aussi par sa composition chimique en ce sens qu'il ne contient pas trace d'acide urique et que l'urée qu'il renferme est toujours en faibles proportions (1): de plus, les substances qui filtrent facilement à travers le rein (iodure de potassium, salicylate de soude, etc.) sont, chez ces malades, facilement retrouvées dans l'urine des mictions, tandis qu'elles font toujours défaut dans le liquide fourni par la fistule.

J'ajoute que, dans un de mes cas du moins, l'écoulement, qui avait duré plus de quinze mois, a fini par se tarir: terminaison favorable qui ne s'observe guère dans les fistules ordinaires.

Pour plus de clarté, je dois tout d'abord résumer la singulière histoire de ma malade.

Femme de 49 ans, Mme S..., opérée par moi, le 24 mai 1894, d'un volumimineux fibrome kystique de l'utérus.

Décortication de la tumeur qui était incluse dans le ligament large ; section au ras du segment inférieur de l'utérus, préalablement étreint dans un tube élastique ; fixation du pédicule dans la plaie ; drainage au-dessus de la loge de décortication dont les bords sont aussi fixés à la plaie.

Suites ordinaires jusqu'au 15e jour, — ce jour début d'une phlegmatia du membre inférieur droit. Dix jours après, le 25e jour, soit quarante jours après l'opération — et c'est ici que le cas devient particulier — le pédicule utérin étant encore en voie d'élimination, la malade m'annonce que depuis la veille elle laisse involontairement échapper son urine, et, de fait, le drap au-dessous d'elle est trempé. Mais ce n'était pas par la vulve que le liquide s'écoulait. Levant les pièces de pansement, je constate que la dépression au fond de laquelle se cachait ce qui restait du moignon utérin inclus dans la paroi, se remplissait sous mes yeux d'un liquide clair, blanchâtre, transparent, que je n'arrivai pas à étancher. Ce liquide était sans odeur ; sans odeur aussi les linges qui en étaient imprégnés.

A l'analyse il présentait les caractères que j'ai résumés plus haut.

L'écoulement fut d'abord peu considérable, mais il prit bientôt des proportions énormes. On arriva à en recueillir en 24 heures 900, 1,000, 1,200 grammes et même à un certain moment jusqu'à 2 litres. La miction persistait abondante, ce qui permettait d'écarter l'idée d'une fistule vésicale — la malade rendait environ un litre d'urine par vingt-quatre heures. Plus tard la proportion fut inverse : 1 litre environ de liquide et 2 litres d'urine.

Lorsque l'élimination du pédicule utérin fut complète, je pus explorer la

(1) Le taux de l'urée dans le liquide a varié de 1 gr. 92 à 8 gr. 92 pour 1000. Celui de l'urine étant en moyenne de 18 à 20 grammes.

petite cavité dans laquelle il était contenu et chercher à me rendre compte du point par où s'échappait le liquide. Je découvris sans peine au fond de cette cavité un petit orifice donnant accès dans un trajet où mon stylet s'enfonçait tout entier — mais ce trajet n'était autre que le canal utérin resté perméable dans le moignon conservé ; — l'extrémité du stylet put en effet être sentie avec le doigt dans le vagin. Je profitai du moins de cette disposition pour détourner l'écoulement qui, jusque-là, se faisait librement sur la paroi abdominale et conduire le liquide à l'aide d'une sonde et d'un tube de caoutchouc jusque dans un vase où il put être recueilli. La situation de la malade en fut rendue plus supportable.

Mais je n'en étais pas plus éclairé sur l'origine de l'écoulement ; le stylet promené sur toute la surface interne de la petite cavité susdite ne rencontrait aucune autre ouverture.

Les choses allèrent ainsi jusqu'à la fin de septembre 1894. La malade guérit de sa phlébite et, pourvue d'un petit appareil qui recueillait le liquide, avait pu se lever et sortir en voiture. Elle se considérait, à l'écoulement près, comme guérie lorsque survint un incident dont je n'ai pas été témoin ; j'étais absent.

Mon interne M. Beaussenat, à qui j'avais confié ma malade, fut un jour (le 22 septembre) appelé en toute hâte auprès d'elle. Il la trouva aux prises avec une congestion pulmonaire intense à laquelle succéda une bronchopneumonie manifeste. La température dépassait 40°. En même temps l'écoulement diminuait considérablement et l'on constatait dans le flanc droit l'existence d'une tumeur fluctuante et douloureuse qui semblait être le rein.

Craignant des accidents plus graves, M. Beaussenat fit transporter la malade à Saint-Antoine, où je la trouvai à mon retour dans les premiers jours d'octobre. Le calme était revenu ; il n'y avait plus ni fièvre ni phénomènes pulmonaires. L'écoulement avait repris son abondance habituelle ; il était de 1,500 grammes dans les vingt-quatre heures.

Le 8 octobre, sur mon conseil, Mme S... s'en allait en convalescence à la campagne.

Elle ne revint me trouver qu'au mois de février 1895. Nous étions à ce moment exactement à neuf mois de l'opération première, à huit mois du début de l'écoulement.

L'état général de la malade était excellent, mais son infirmité persistait. L'écoulement augmentait dans la station verticale ainsi que dans le décubitus latéral gauche ; il augmentait aussi par pression sur le flanc droit sans que l'on pût constater de tuméfaction dans la région du rein. Il semblait bien cependant, d'après ce que je viens de dire, que le liquide devait s'accumuler dans quelque poche avant de s'épancher en dehors.

Je résolus avant d'en venir à une néphrectomie, opération qui avait été proposée, d'aller à la recherche de cette poche supposée, en partant du point où le liquide venait sourdre à l'extérieur.

J'étais d'autant plus encouragé à agir de la sorte que, après nouvel examen du liquide, le pharmacien de service, M. Drapier, qui, au reste, n'avait jamais varié sur ce point, m'affirmait de nouveau et de la façon la plus positive que le liquide perdu par la malade n'était pas de l'urine.

Il s'agissait toujours d'un liquide louche, incolore, sans odeur, de densité 1003 — ne contenant quel gr. 92 d'urée (tandis que l'urine en renfermait 20 gr. 50) sans trace d'acide urique, sans trace non plus d'indican, ni de matières colorantes. Je refis aussi à cette époque et à plusieurs reprises l'expérience avec le salicylate de soude; elle fut toujours négative.

Le 26 février 1865, je rouvre donc le ventre à la hauteur de la cicatrice et de la fistule qui la traverse et constate d'abord l'intégrité absolue des anses intestinales et de ce que je puis apercevoir de la grande cavité péritonéale. Au niveau de la fistule, je retrouve le trajet qui pénètre à travers le col utérin jusque dans le vagin. Me reportant à droite de ce point je vais à la recherche d'une poche ou d'une cavité, où le liquide aurait pu s'accumuler et n'en trouve pas trace. Je découvre seulement, non sans peine, deux espaces, l'un à aspect séreux qui me paraît communiquer en haut et en arrière par un long détour avec la grande cavité péritonéale — l'autre à surface un peu saignante, que j'ai peut-être créé avec mon doigt, qui me semble un reste de la grande loge de décortication résultant de l'ablation de la tumeur incluse.

C'est dans ce trajet que je place un drain, pensant qu'il est peut-être pour quelque chose dans la persistance de l'écoulement.

Ce en quoi je me trompais, car, quelques jours plus tard, la malade s'étant bien remise de cette intervention, nous pûmes remarquer que le liquide continuait à sourdre d'un point situé en dehors du drain; il paraissait provenir du trajet sous-jacent dont j'ai parlé tout à l'heure.

L'opération n'eut, en somme, aucun résultat.

L'écoulement qui avait tout d'abord diminué reprit bientôt avec une nouvelle abondance, tant par l'orifice abdominal que par le vagin.

Le 9 avril, je procédai à une nouvelle intervention. Mon objectif était cette fois de faire l'ablation du moignon utérin restant, comptant que je ne pouvais ne pas trouver sur mon chemin le trajet fistuleux, puisque le liquide s'écoulait à travers le col. La libération de ce qui restait d'utérus fut aisée en avant, en arrière et à gauche; mais, à droite, je tombai sur des tissus fibreux épaissis, où il devenait difficile de se frayer un chemin. Je n'avance, au reste, qu'avec prudence, craignant de rencontrer l'uretère.

En effet, au bout de quelques instants, j'aperçois au fond du champ opératoire un cordon arrondi qui pourrait bien être le canal extérieur du rein. Je dissèque ce cordon. Soudain un petit jet de liquide s'en échappe. Ce liquide sort par une petite ouverture très évidente sur le cordon que je dissèque.

Je profite de cette circonstance pour m'assurer que c'est bien à l'uretère que j'ai affaire : une sonde fine introduite dans le petit orifice s'enfonce profondément et sans peine du côté du rein. L'uretère ne paraît au reste pas dilaté.

Cette ouverture, je crois pouvoir l'affirmer, est récente ; je viens de la faire avec mon instrument. Elle a, en effet, tout l'aspect d'une coupure fraîche ; et rien dans l'apparence des tissus voisins ne me permet de supposer qu'ils soient depuis longtemps en contact avec l'urine.

Je me hâte de refermer au catgut cette petite plaie urétérale, mais je crois plus prudent de ne pas pousser plus loin mes tentatives de résection utérine.

Je referme donc la plaie abdominale, en ayant soin de porter un drain de gaze iodoformée jusqu'au voisinage de la suture faite à l'uretère, pour le cas où elle céderait.

Cette seconde intervention pas plus que la précédente ne donna de résultats immédiats.

Le 27 mai, soit un peu plus d'un mois plus tard, la malade sortait de l'hôpital à peu près dans le même état où elle y était arrivée en février avec cette différence cependant que, en même temps que le liquide la fistule abdominale laissait couler du pus en quantités variables.

Ce ne fut que le 26 octobre dernier, il y a juste un an, que je revis ma malade. Elle venait toute heureuse m'annoncer que l'écoulement qui la tourmentait depuis si longtemps était arrêté.

Il l'était depuis trois semaines. Elle me raconta que la plaie avait continué à suppurer, que le 18 septembre, en particulier, un flot de pus s'est échappé lors de la levée du pansement ; que peu après l'écoulement liquide avait cessé, puis que la plaie s'était fermée.

J'ai reçu de ses nouvelles il y a 3 jours ; la guérison se maintient.

Quelle conclusion tirer de cette trop longue narration?

Je vous le demande, Messieurs.

Assurément, je sais les objections qui se présentent à l'esprit et que je me fais moi-même.

Je sais que toutes les fois qu'il y a élévation de pression dans le rein par obstacle à l'excrétion, le taux de l'urée peut baisser considérablement dans l'urine. Je vous ai moi-même rappelé ce fait, avec preuves à l'appui au congrès de 1892, dans ma communication sur les *pseudo-hydronéphroses traumatiques*. Mais l'absence totale d'acide urique est-elle aussi possible ? Les chimistes affirment que non.

Et surtout comment expliquer que le salicylate de soude qui filtre si facilement à travers le rein ne se retrouvât pas dans le liquide si celui-ci était bien de l'urine ?

Certes, je n'oublie pas les accidents graves suivis de congestion pulmonaire, qui ont paru coïncider avec une diminution de l'écoulement et une tuméfaction douloureuse du rein droit, indices presque certains d'une rétention mécanique.

Je n'oublie pas davantage que, lors de ma dernière intervention, il me fut impossible de reconnaître que l'uretère était bien près du moignon utérin conservé. On me dira sans doute qu'il a bien pu être pris dans le tube élastique qui enserrait celui-ci.

Mais alors pourquoi l'écoulement a-t-il été tout d'abord modéré, tandis que l'on aurait compris plutôt, que, dès qu'il a pu se faire jour, le liquide se fût échappé à flots pour couler ensuite plus paisiblement?

Pourquoi surtout, et comment, dans cette hypothèse, la guérison spontanée !

Dernière objection enfin. D'où peut provenir, me dira-t-on, une telle quantité de liquide, s'il ne vient pas du rein ? Le péritoine peut-il sécréter en telle abondance au point de justifier le nom d'*hydrorrhée péritonéale*, sous lequel, faute d'un meilleur mot, j'ai étiqueté la présente communication. Je ne saurais l'affirmer.

Mais parce qu'on ne peut expliquer un fait, est-ce une raison suffisante pour le nier ?

Existe-il dans la science des cas analogues ?

J'ai interrogé à ce sujet quelques collègues. Trois d'entre eux, MM. Bouilly, Pozzi et Segond, m'ont répondu d'une façon affirmative.

M. Pozzi se réserve de vous faire lui-même part de ses observations. Il me permettra bien de dire que dans l'une, celle qui m'a le plus frappé, il était sur le point d'opérer une malade d'une prétendue fistule urétérale, lorsqu'il put reconnaître à temps que le liquide perdu n'était pas de l'urine. Il n'intervint pas et sa malade guérit.

M. Bouilly, de son côté, qui avait bien voulu m'assister de ses bons conseils auprès de ma malade, m'a communiqué deux faits qui, à certains égards, sont comparables au mien. Ils le sont en tous cas en ceci que chez ces deux malades opérées l'une d'hystérectomie abdominale pour fibrome kystique, l'autre d'ovariotomie, qui, l'une et l'autre, perdaient par une fistule abdominale des quantités considérables d'un liquide séreux, la guérison survint spontanément; chez l'une au bout de quatre mois, chez l'autre au bout de sept mois seulement. Mais ils en diffèrent en ce que l'odeur du liquide paraît avoir été franchement urineuse.

M. Segond, enfin, a vu se produire, par le vagin, chez une de

ses opérées d'hystérectomie, un écoulement tellement abondant qu'il ne pouvait se défendre de croire à une fistule urinaire. Le mari de la malade, chimiste éminent, le rassurait, en lui affirmant que le liquide perdu n'était pas de l'urine. L'événement donna raison au mari : au bout d'un mois l'écoulement s'arrêtait de lui-même.

Cette observation est succinctement rapportée par M. Baudron dans sa thèse : *De l'hystérectomie vaginale*, Paris, 1894, obs. 129, p. 304.

J'ai moi-même, cette année, observé à Saint-Antoine une femme qui, à la suite d'une ouverture du cul-de-sac pour suppuration pelvienne a présenté comme ma première malade un écoulement énorme qui dure encore. L'analyse du liquide dans ce cas a été faite, et comme dans l'observation de Mme S..., il y avait absence complète d'acide urique et grande diminution d'urée ; l'épreuve par le salicylate de soude plusieurs fois répétée a toujours été négative.

Bref, Messieurs, vous me permettrez bien de dire en terminant, que si l'on arrive à me démontrer que, malgré tout, le liquide perdu par ces malades provenait d'une fistule de l'uretère, il est bon du moins que l'on sache que l'urine peut, en pareil cas, subir des modifications physiques et chimiques telles que sa véritable nature pourrait être méconnue.

J'ajoute que ces écoulements, quelle qu'en soit l'origine, les faits que j'ai rapportés l'établissent, peuvent tarir spontanément. Cette remarque, dont je n'ai pas besoin de faire ressortir la portée pratique, me fera peut-être pardonner d'avoir si longtemps retenu votre attention.

Traitement du placenta dans les cas de grossesse extra-utérine avec fœtus mort.

EDMOND VIGNARD (Nantes). —Le traitement du placenta dans les cas de grossesse extra-utérine avec fœtus mort est encore aujourd'hui mal précisé. D'après certains chirurgiens, son ablation s'impose ; or, cette ablation est sans conteste tantôt facile, tantôt difficile et dangereuse, en tous cas incertaine dans ses résultats. D'autres chirurgiens abandonnent le placenta après marsupialisation du sac, mais font un drainage prolongé, des lavages réité-

rés, et le placenta s'élimine ou est extrait secondairement : ce qui complique d'une façon plus ou moins sérieuse les suites opératoires. Or, j'ai eu l'occasion d'opérer deux grossesses extra-utérines avec fœtus à terme et mort depuis trois et quatre mois. Dans les deux cas parfaitement comparables, la conduite que j'ai suivie a été identique : je n'ai point enlevé le placenta et celui-ci ne s'est point éliminé secondairement. Les suites opératoires ont été d'une simplicité remarquable et je n'ai observé aucune complication ultérieure du fait de la rétention du placenta, lequel s'est progressivement résorbé. Est-ce là un effet du hasard, je ne le crois pas ? Mais je serais tenté d'attribuer l'heureuse issue de l'opération à la technique que j'ai suivie.

Cette technique est basée sur les notions suivantes : le kyste fœtal est, sauf cas exceptionnels, aseptique ; ses parois, une fois le fœtus enlevé, ont une tendance naturelle et rapide à l'accolement. Dès lors, s'il est prudent, après l'extraction du fœtus, de drainer lâchement les deux ou trois premiers jours, il est parfaitement inutile et même dangereux de prolonger ce drainage et de se livrer à des lavages quotidiens de la poche fœtale. Ces manœuvres, plus ou moins compliquées, ont pour effet presque assuré de provoquer, par irritation ou même par infection légère, la mortification du tissu placentaire et son élimination. Aussi la conduite que j'ai tenue a-t-elle été toute différente : après extraction du fœtus et marsupialisation du sac, abandon du placenta et drainage lâche avec deux ou trois mèches de gaze. Ces mèches sont enlevées le troisième ou le quatrième jour. Après quoi, on panse à plat le plus rarement possible, sans jamais recourir à des manœuvres quelconques dans l'intérieur de la poche, telles que réintroduction de mèches, de drains, ou lavages. Cette technique très simple ayant donné des suites opératoires très bénignes et une guérison définitive et rapide, je me permets de la recommander dans les cas semblables aux miens.

Restauration de l'urèthre chez la femme.

LEGUEU (Paris). — La destruction totale de l'urèthre féminin est une infirmité assez sérieuse pour autoriser les tentatives les plus laborieuses. Les moyens qui consistent à obturer le vagin ou à détourner le cours des urines sont par trop insuffisants. La

reconstitution peut être obtenue dans des conditions qui rapprochent de l'état normal au point de vue de la forme et de la fonction.

J'ai eu a traiter un cas de ce genre : l'urèthre, chez une femme jeune, avait été totalement détruit par une ulcération phagédénique et il n'en persistait aucun vestige. Le col de la vessie avait en même temps été intéressé et on voyait au fond du vagin un orifice correspondant à l'orifice vésical, limité par un bourrelet circulaire irrégulier. En avant, la paroi supérieure du vagin persistait seule sans aucun vestige membraneux de l'urèthre détruit. L'incontinence d'urine était absolue.

Je cherchai à reconstituer l'urèthre aux dépens d'un double plan de lambeaux pris à la fois sur le vagin et sur la vulve aux dépens des petites lèvres. Je cherchai surtout à donner au nouvel urèthre une longueur et une épaisseur suffisantes.

Pour cela, je traçai dans un premier temps deux lambeaux muqueux depuis le col de la vessie jusqu'au-dessous du clitoris. Les lambeaux rectangulaires furent rabattus et suturés autour d'une sonde figurant le calibre du nouveau canal. La face muqueuse était tournée du côté du canal et la face cruentée du côté du vagin. Pour réunir cette surface cruentée, je passai des fils d'argent de gauche à droite, au delà de l'avivement créé par la dissection des deux premiers lambeaux, et je rapprochai au-dessous de la sonde, jusqu'à affrontement, ce second plan.

Plus tard, la fistule uréthro-vaginale fut oblitérée par avivement.

Après plusieurs opérations successives, la réunion complète fut obtenue.

Au point de vue de la forme, le nouvel urèthre s'étend jusqu'au dessous du clitoris, décrivant une courbe au-dessous de la symphyse. La vulve et le vagin sont rétrécis, quoique suffisants.

Au point de vue fonctionnel, le résultat est suffisant. La continence des urines se fait d'une façon intermittente : la nuit la malade perd encore ses urines, qu'elle conserve le jour. Il est probable qu'avec le temps, ce résultat s'améliorera encore.

Le Gérant : G. Steinheil.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XLVI

Juillet à Décembre 1896.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XLVI

Juillet à Décembre 1896.

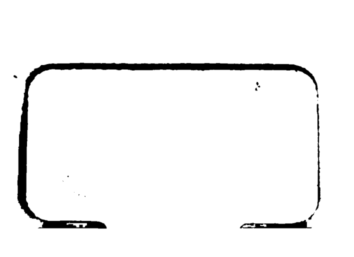
MÉMOIRES ORIGINAUX

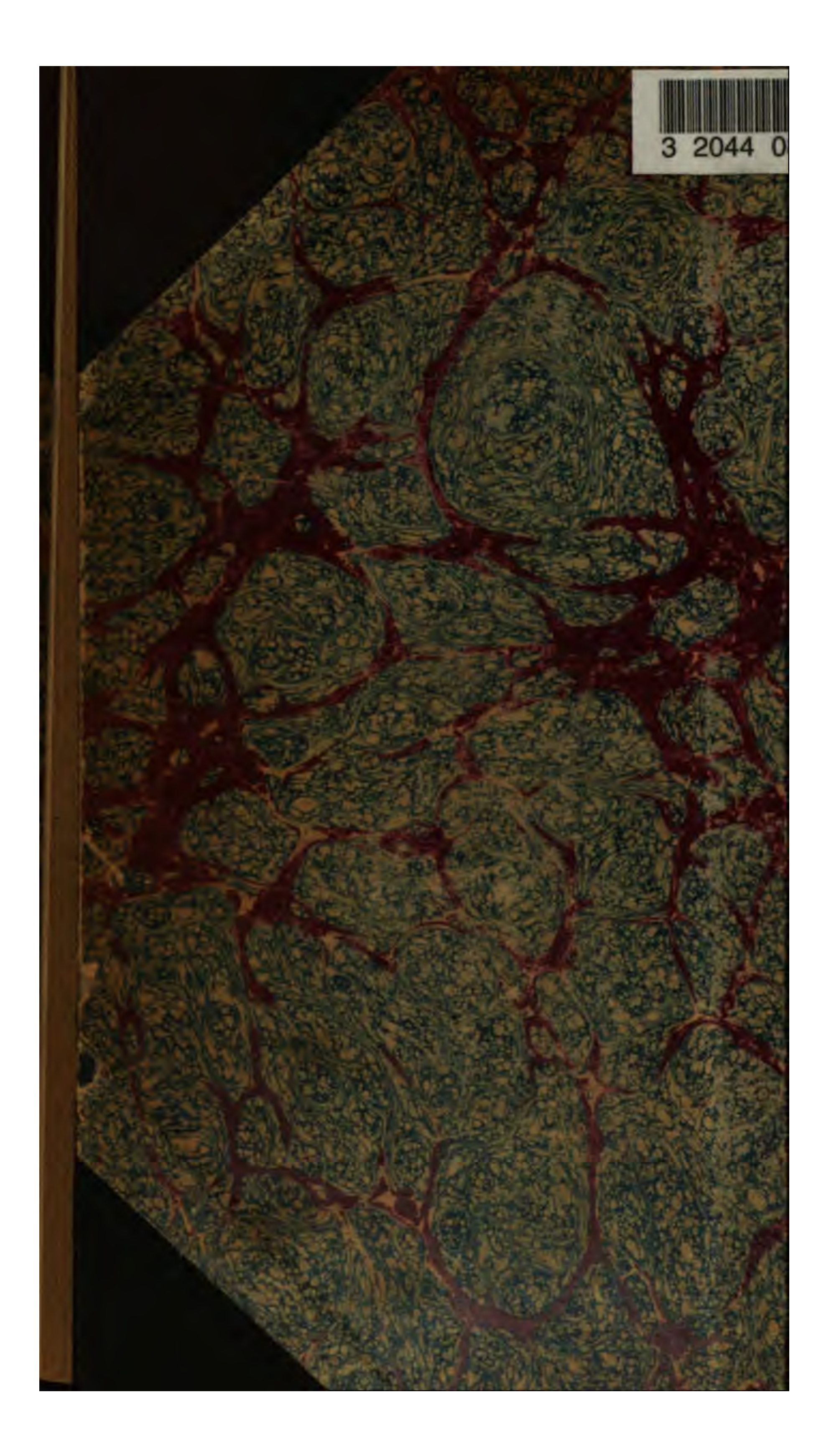
REVUES CLINIQUES

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

SOCIÉTÉS SAVANTES

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE




3 2044